Die Münchener Medicin. Wochenschrift erscheint wöchentlich in Nummern von mindestens 2 Bogen. Preis vierteljährig 5 ℳ, praenumerando zahlbar. Einzelne Nummer 60 ₰.

# MÜNCHENER MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Zusendungen sind zu adressiren: Für die Redaction Karlstrasse 8. — Für Abonnement an J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. — Für Inserate und Beilagen an Rudolf Mosse, Promenadeplatz 16.

(FRÜHER ÄRZTLICHES INTELLIGENZ-BLATT)

ORGAN FÜR AMTLICHE UND PRAKTISCHE ÄRZTE.

Herausgegeben von

Dr. Bollinger, München. Dr. Heineke, Erlangen. Dr. G. Merkel, Nürnberg. Dr. Michel, Würzburg. Dr. H. v. Ranke, München. Dr. v. Schleiss, München. Dr. v. Winckel, München. Dr. v. Ziemssen, München.

№ 36. 6. September 1892. Redacteur: Dr. B. Spatz, Karlstrasse 8. Verlag: J. F. Lehmann, Landwehrstr. 12. 39. Jahrgang.

## Originalien.

### Ueber die Seelenstörungen nach Selbstmordversuchen.

Von *P. J. Möbius*.

Julius Wagner hat 1889 in einem anregenden Aufsatze „über einige Erscheinungen im Bereiche des Centralnervensystems, welche nach Wiederbelebung Erhängter beobachtet werden“, gesprochen (Wien. Jahrbb. f. Psych. VIII. p. 313). Die fraglichen Erscheinungen sind: 1) „Convulsionen“, 2) Amnesie, 3) Zustände von Irresein, die sich gewöhnlich als vorübergehende, verworrene Erregtheit, selten als längere Seelenstörung darstellen, 4) vorübergehende oder dauernde Besserung des vor dem Selbstmordversuche vorhandenen krankhaften Geisteszustandes. Alle Erscheinungen bezieht Wagner auf die Veränderungen im Gehirne, die durch die Asphyxie und den Verschluss der Carotiden beim Erhängen bewirkt werden. Er geht z. B. bei den Krämpfen auf Erörterungen darüber ein, ob die Asphyxie oder der Carotidenverschluss die eigentliche Ursache sei, und glaubt schliesslich, dass nach experimentellen Untersuchungen beide Umstände die Krämpfe hervorrufen können. Die Amnesie ist nach Wagner „eine directe Wirkung der Schädigung der Gehirnernährung“. Er bemerkt ausdrücklich, dass er die Amnesie bei den vom Strange Abgeschnittenen nicht mit der nach heftigen Gemüthsbewegungen und nach anderen Selbstmordversuchen beobachteten für gleichartig halte. Es fehle in diesen Fällen die retroactive Amnesie und es sei bei anderen Formen des Selbstmordes zwar zuweilen unvollständige Erinnerung vorhanden, aber „nicht der vollständige blinde Fleck im Gedächtnisse, wie bei den Strangulirten, die gar nicht wissen, dass sie einen Selbstmord ausgeführt haben“. Dagegen gleiche die Amnesie der Strangulirten der nach „Gehirnerschütterung“. Wagner theilt 2 eigene Beobachtungen mit und citirt 17 fremde. Später (Wien. klin. Wochenschr. IV. 53. 1891) hat er einen weiteren Fall beschrieben.

Ich habe bei Besprechung der letzteren Arbeit ebenfalls über einen Fall von Wiederbelebung eines Erhenkten berichtet und habe darauf hingewiesen, dass es doch zweifelhaft sei, „ob die sozusagen grobmechanischen Erklärungen der Symptome (Carotidenverschluss und Asphyxie) ausreichen“, dass es sich vielmehr wenigstens in einem Theile der Fälle um traumatische Hysterie zu handeln scheine (Schmidt's Jahrbb. CCXXXIV. p. 36. April 1892). Eine neue Beobachtung veranlasst mich, meine Gedanken über diesen Gegenstand etwas genauer darzulegen.

Man kann alle Krampfanfälle trennen in epileptische und in hysterische, ein Unterschied, der sich weniger auf die Form als auf die Entstehung beziehen soll. In der Form kann ein hysterischer Anfall vollkommen einem epileptischen gleichen; er ist aber keiner, weil er auf andere Weise zu Stande kommt. Epileptisch nenne ich einen Anfall, der durch physische Reizung des Gehirns entsteht. Reizt man z. B. die Gehirnoberfläche mit elektrischen Strömen, so tritt ein epileptischer Anfall ein. Die gleiche Wirkung können Geschwülste des Gehirns, Blutungen, im Blute kreisende Gifte u. A. haben. So wirken auch die Verblutung und die verschiedenen Formen der Erstickung. Der hysterische Anfall dagegen ist seelisch vermittelt, er ist sozusagen Ausdruck einer Gemüthsbewegung. Natürlich entsprechen auch den seelischen Vorgängen und den durch sie hervorgerufenen Bewegungen Veränderungen im Gehirne, aber diese Veränderungen sind offenbar zu trennen von denen, die durch physische Reize verursacht sind. Beide gleichzustellen, wäre eine plumpe Voreiligkeit. Die psychisch vermittelten Veränderungen müssen wir uns, obwohl wir von ihnen gar nichts wissen, als ausserordentlich zart und flüchtig vorstellen. Am Krankenbette kann man den Unterschied ad oculos demonstriren: Ein Mensch kann 1000 hysterische Anfälle hintereinander haben, es schadet ihm gar nichts, während eine grössere Zahl epileptischer Anfälle die höchste Gefahr bringt.

Die grundsätzliche Verschiedenheit zwischen dem epileptischen und dem hysterischen Anfalle ist festzuhalten, wenn wir auch dem einzelnen Falle gegenüber nicht immer oder wenigstens nicht immer gleich mit Bestimmtheit sagen können, ob es sich um diesen oder um jenen handelt. Im Allgemeinen kommt dem epileptischen Krampf-Anfalle die Einfachheit zu, die allen Zeichen grober Gehirnreizung eigen ist. Die reichste Form ist der typische Krampfanfall bei der primären Epilepsie, alle übrigen Formen sind Bruchstücke dieses. Die Bezeichnung „epileptiform“ oder „epileptoid“ sollte ganz wegfallen; man sollte zwischen vollständigen und unvollständigen epileptischen Anfällen unterscheiden, aber solche, die halbepileptisch sind, giebt es nicht. Es ist, wenn man sich die einfachen epileptischen Formen vorhält, nicht schwer, andersartigen Erscheinungen gegenüber zu sagen: das ist nicht epileptisch.

Sieht man sich nun die Beschreibungen, die von den Krämpfen der in's Leben zurückgerufenen Erhenkten gegeben worden sind, an, so bemerkt man ohne Weiteres, dass da, wo überhaupt eine genauere Beschreibung vorliegt, in der Regel keine Rede von Epilepsie sein kann. In Terrien's Falle handelte es sich um einen grossen hysterischen Anfall: arc de cercle u. s. w. Bei Wagner's 1. Patientin heisst es: „Bald nach der Abnahme verfiel Patientin in so heftige Krämpfe, dass 4 Leute sie kaum halten konnten, und schrie unaufhörlich durch mehr als eine Stunde“. Von dem späteren Kranken Wagner's heisst es: „verfiel in heftige Convulsionen, in denen er wild um sich schlug, so dass ihn mehrere Männer kaum halten konnten, und stiess dabei unarticulirte Schreie aus“. Bulakow berichtet von einem „Krampfanfall, der zuerst mit einem epileptischen Aehnlichkeit hatte, aber von eigenthümlichen, Gehbewegungen ähnlichen Convulsionen der Extremitäten begleitet wurde und gegen 3 Stunden währte“ U. s. f.

Ist freilich, wie oft, nur angegeben „Convulsionen“ oder „epileptiforme Krämpfe“, so weiss man gar nichts. Bei den älteren Beobachtungen ist überdem zu bedenken, dass früher die Kenntniss des hysterischen Anfalles eine äusserst mangelhafte und seine Verkennung die Regel war. Bei den besten Schriftstellern findet man zweifellos hysterische Anfälle als epileptische bezeichnet. Auf jeden Fall steht fest, dass in

einem Theile der Fälle die Krämpfe der wiederbelebten Erhenkten nicht epileptische waren.

Ueber die Amnesie ist zunächst zu sagen, dass sie nicht bei allen wiederbelebten Erhenkten vollständig ist. Abgesehen von denen, die gar keine Amnesie zeigen, erinnern sich manche des Vorganges wie eines Traumes, kehrt manchen auf suggerirende Fragen hin die Erinnerung zurück. Gewöhnlich allerdings scheint sich im Gedächtniss der Wiederbelebten eine vollständige Lücke, die auf keine Weise auszufüllen ist, vorzufinden. Die „Retroactivität“ der Amnesie kann verschieden gross sein. Zuweilen verschwindet nur die erste Zeit des wiedergewonnenen Bewusstseins später, oft wissen die Kranken gar nichts von dem Selbstmordversuche, manchmal geht auch ein mehr oder minder langes Stück der Zeit vor der That verloren. Wagner sagt nun ganz richtig, dass die retroactive Amnesie der erhenkt Gewesenen der nach „Gehirnerschütterung“ gleiche, er irrt aber, wenn er meint, dass sie der nach heftigen Gemüthsbewegungen und der nach anderen Selbstmordversuchen nicht gleiche. Ich glaube vielmehr, dass in allen diesen Fällen es sich um dieselbe Erscheinung handle. Das merkwürdigste Beispiel von Amnesie nach Gemüthsbewegung ist die neuerdings von Charcot mitgetheilte Beobachtung von „amnésie rétro-antérograde“ (Revue de Méd. XII. 2. p. 81. 1892).

Eine 34 jährige Frau war am 28. August 1891 heftig dadurch erschreckt worden, dass ein Mann in's Zimmer trat und sagte: „Ihr Mann ist todt, man bringt ihn her“. Sie schrie laut, man lief herbei und suchte sie zu trösten. Da kam der gesunde Ehemann um die Ecke und eine Nachbarin rief: „Da ist er“. Bei diesen Worten verfiel die erschreckte Frau in einen Anfall von Bewusstlosigkeit, während dessen sie zuerst allerhand krampfhafte Bewegungen ausführte, dann jammerte und offenbar hallucinirte. Der Anfall dauerte 2 Tage, dann hörten die Delirien auf, die Kranke wurde ruhig und verständig, aber ihr Gedächtniss zeigte eigenthümliche Störungen. Sie konnte sich mit grosser Deutlichkeit aller Ereignisse bis zum 14. Juli 1891, Abends 10 Uhr, entsinnen; die Zeit von da ab bis zum Wiedererwachen aus der Bewusstlosigkeit (31. August) war verloren, die Kranke wusste aus dieser ganzen Zeit nicht das Geringste, weder auf eine im August unternommene Reise, noch auf das Unglück vom 28. August, noch auf sonst etwas konnte sie sich besinnen. Damit nicht genug. Vom 31. August an schien die Kranke die Fähigkeit verloren zu haben, Erinnerungen festzuhalten. Was geschah, was sie wahrnahm und was sie that, vergass sie nach spätestens einer Minute und am 22. December war für sie die ganze Zeit vom 14. Juli an leer.

An Stärke und Ausdehnung liess also hier die Amnesie, die sich an einen hysterischen Anfall angeschlossen hatte, nichts zu wünschen übrig. Dass auch nach anderweiten Selbstmordversuchen eine retroactive Amnesie vorkommt, beweist meine neue Beobachtung. Es handelt sich in ihr um einen Mann, der sich wegen Streitigkeiten mit seinem Bruder in den Mund geschossen hat, nach dem Erwachen aus der Bewusstlosigkeit einen Zustand verworrener Erregtheit durchgemacht hat und dann eine Amnesie zeigt, die die Zeit vom Morgen des Tages der (Nachmittags 3 Uhr ausgeführten) That bis etwa zum 2. Tage nach der That umfasst. Die Amnesie ist vollständig, der Kranke ist ganz unfähig, sich auch nur auf das Mindeste aus den verhängnissvollen Stunden zu besinnen, er würde nicht wissen, wie er krank geworden ist, wenn man es ihm nicht erzählt hätte.[1])

Wenn Erhängen, Erschiessen, „Gehirnerschütterung“ und einfacher Schreck zu demselben Ergebnisse führen, so muss der wirksame Umstand der sein, der allen diesen Zufällen gemein ist. Dieser ist klärlich die Gemüthserschütterung, denn sie allein kehrt überall wieder. Die „somatischen“ Veränderungen sind ganz verschiedene, fehlen beim einfachen Schreck vollständig. Dass es sich bei den Selbstmordversuchen ebenso wie bei dem Schreck um hysterische Amnesie handelt, könnte unter Umständen bewiesen werden. Bei der hysterischen Amnesie nämlich geht nicht, wie bei manchen groben Gehirnerkrankungen, ein Theil der Erinnerungen wirklich verloren, sondern die Störung besteht nur darin, dass die Erinnerungen an dem Eintreten in das wache Bewusstsein verhindert werden. Es wird sozusagen eine Schranke aufgerichtet, die den wachen Menschen bestimmte Theile seines Gedächtnissschatzes nicht sehen lässt, während doch nichts verloren ist. Die Kranke Charcot's z. B. sprach im Traume von den Ereignissen, auf die sie im Wachen sich nicht besinnen konnte. Es gelang, sie zu hypnotisiren, und in der Hypnose wusste sie Alles, war die ganze Gedächtnisslücke ausgefüllt. Vielleicht würde man auch bei den Amnestischen, die einen Selbstmordversuch gemacht haben, in der Hypnose die verloren geglaubten Erinnerungen wieder auftauchen sehen. So werthvoll ein positiv ausfallender Versuch sein würde, so könnte doch aus negativen Erfolgen kein Schluss gegen die hysterische Art der Amnesie gezogen werden. Bei meinem Kranken R. ist es bisher nicht gelungen, den somnambulen Zustand hervorzurufen. Er gerieth bei den nach der Nanziger Methode angestellten Versuchen nur in einen Zustand von Benommenheit. In diesem athmete er tief, Zuckungen in der linken Hälfte des Gesichtes und des Halses, im linken Arme traten auf, der Kranke knirschte mit den Zähnen und schüttelte sich von Zeit zu Zeit wie im Frost. Die Glieder konnten gegen meinen Befehl nicht bewegt werden, fielen aufgehoben wie todt zurück. Auf gewöhnliche Fragen antwortete R. richtig. Als ich ihn fragte: „wo haben Sie den Revolver gekauft?“ thaten sich die Augen weit auf, R. sah erstaunt um sich, antwortete aber nicht und fiel gleich in den schlafartigen Zustand zurück. Im natürlichen Schlafe soll R. auch mit den Zähnen knirschen und soll nicht selten sprechen. Leider kann die Frau, die selbst fest schläft, über den Inhalt des Gesprochenen keine Auskunft geben. Wenn nun auch diese Versuche nicht den gewünschten Erfolg hatten, so lehrten sie doch mit Bestimmtheit, dass R., obwohl er kein Stigma der Hysterie trägt, hysterisch ist. Das eben beschriebene Verhalten im hypnotischen Schlafe ist nur den Hysterischen eigen und man kann auf ein solches die Diagnose mit aller Sicherheit gründen.[2])

Erblickt man sowohl in den Krämpfen als in der Amnesie der Wiederbelebten hysterische Symptome, so treten beide in nähere Verbindung. Bei Hysterischen stellt sich die Sache gewöhnlich so dar, dass in Folge irgend einer Gemüthsbewegung ein Anfall auftritt und dass nach dem Anfalle eine mehr oder weniger ausgedehnte retroactive Amnesie zurückbleibt. Offenbar tritt während der sog. 3. Periode des Anfalles ein somnambuler Zustand ein, während dessen die oben erwähnte Schranke errichtet wird. Der eigentliche Krampfanfall kann unvollständig sein, ja sich nur durch vereinzelte Zuckungen kund geben. Werden diese übersehen, so wird nur von einem Stadium hallucinatorischer Verwirrtheit (d. h. der 3. Periode des Anfalles) berichtet. Als Nachwirkung des Anfalles aber

[1]) Begreiflicherweise ist meine Beobachtung nicht die erste derartige. Aehnliche Fälle finden sich da und dort in der Literatur. Als Beispiel sei eine Mittheilung C. Westphal's erwähnt (vergl. Charité-Annalen III. p. 390. 1876. — Ges. Abhandl. I. p. 456). Eine melancholisch verstimmte Frau gerieth zur Zeit der erwarteten Regel wegen eines nichtigen Anlasses in Aufregung, tödtete ihre 3 Kinder und versuchte, sich durch Schnitte in Hals und Arm zu tödten. Die Kranke wusste nach der That nichts von dieser, glaubte, ihre Kinder lebten noch. Sie erinnerte sich dunkel, dass viele Leute in die Stube gekommen wären, dass sie einen Schmerz im Halse gespürt hätte; eine klare Erinnerung hatte sie erst von der Zeit ihrer Ueberführung nach dem Gefängnisse an. Westphal rettete die Frau durch sein Gutachten. Der Physikus hatte nicht verfehlt, mit grosser Sicherheit zu erklären, dass es sich um „freche Lüge“ und „höchst ungeschickte Simulation“ handle, wofür die relative Unwissenheit seiner Zeit kaum eine nothdürftige Entschuldigung bildet.

[2]) Der diagnostische Werth der Hypnotisirung ist durchaus noch nicht genügend bekannt. Früher (Schmidt's Jahrb. CCXXVI. p. 288, 1890) habe ich eine Kranke mit allgemeinem Haarschwunde und Krampfanfällen beschrieben. Hysterische Stigmata waren nicht vorhanden; wenigstens musste die hysterische Art der vorübergehenden Schwäche der Accommodation des rechten Auges anfänglich zweifelhaft sein. Die Anfälle schienen der Beschreibung nach epileptische zu sein und alle früheren Aerzte der Kranken hatten sie als solche betrachtet. Ich habe nie einen Anfall gesehen und meine Annahme, die Kranke leide an Hysterie, wurde erst durch die Hypnotisirung gesichert. Die Kranke verfiel gleich in den somnambulen Zustand. Sie bekam in ihm Schütteln der rechten Glieder und nach dem Erwachen bestand eine rechtseitige Hemiparese. Durch eine geeignete Eingebung konnte diese sofort im wieder bewirkten Somnambulismus beseitigt werden; sie ist seitdem nicht wiedergekehrt. Dieses Verhalten beweist meines Erachtens die hysterische Art.

bleibt die Amnesie. So fügt sich Alles zusammen und auch die „transitorische Manie" der Autoren, welche angeblich bei vielen Wiederbelebten beobachtet worden ist, erhält ihre Erklärung, es handelt sich eben um die 3. Periode des hysterischen Anfalles.

Länger dauernde Geistesstörungen sind nach Wagner's Angaben überhaupt nur 2 mal bei wiederbelebten Erhenkten beobachtet worden (von Meding und von Schüle). Ihre Deutung möchte ich dahingestellt sein lassen.

Die hier entwickelte Auffassung wird auch durch eine Mittheilung Moeli's gestützt, der nach einem Selbstmordversuche durch Erhängen Einschränkung des Gesichtsfeldes und Hemianalgesie beobachtete. Wahrscheinlich wird man öfter hysterische Stigmata finden, wenn man sie sucht.

Wenn ich nun auch die Haupterscheinungen nach Selbstmordversuchen, d. h. die Krämpfe, die Verworrenheit und die Amnesie, als Zeichen oder Theile eines hysterischen Anfalles und damit als seelisch vermittelte Symptome betrachte, so möchte ich doch nicht dahin verstanden werden, als ob ich der „Asphyxie" und dem „Carotidenverschlusse" jede Bedeutung abspräche. Gewiss können diese zu groben Gehirnstörungen führen. Abgesehen von den Fällen, in denen trotz Wiederkehr der Athmung der Tod eintritt, liegen einzelne Beobachtungen vor, in denen die Strangulation zu Gehirnerkrankung geführt hat. So trat bei Petrina's Krankem eine Brückenlähmung ein. Immerhin sind solche Fälle Ausnahmen und es ist wahrscheinlich, dass in ihnen schon vorher eine Gefässerkrankung vorhanden war.

Ich lasse nun meine obenerwähnte neue Beobachtung folgen.

Der 45 jährige Brunnenarbeiter H. R. ist früher immer gesund gewesen und weiss nichts von Nervenkrankheiten in seiner Familie. Im December 1891 starb seine Mutter und seitdem lebte er in Streit mit seinem Bruder, weil er glaubte, dass dieser ihn um die ihm zukommenden 500 M. aus der Erbschaft betrügen wolle. Der Bruder hatte angeblich das Geld bei Seite gebracht und R. nahm sich die Sache sehr zu Herzen; wiederholt kamen heftige Auftritte zwischen den Brüdern vor. Am 25. Mai 1892 stand R. wie gewöhnlich früh auf und ging fort. Seine Frau bemerkte an ihm nichts besonderes und glaubte, er gehe zur Arbeit. Aus den Angaben des Bruders und der Frau ergiebt es sich, dass R. am Vormittage mit dem Bruder nach dessen Wohnort N. gefahren ist. Dort haben wieder erregte Auseinandersetzungen stattgefunden. Schliesslich hat der Bruder dem R. die Thüre gewiesen und dieser ist mit den Worten: „Lebt wohl, ihr seht mich nicht wieder", aufgestanden und aus dem Zimmer gelaufen. Der Bruder ist ihm nachgelaufen und hat, als er auf die Strasse kam, gesehen, wie R. einen Revolver hervorzog und sich in den Mund schoss. R. wurde bewusstlos in das Haus getragen, kam nach etwa 20 Minuten wieder zu sich. Obwohl die rechten Glieder gelähmt waren und die Sprache verloren zu sein schien, wollte er doch durchaus fort und war höchst unruhig. „Zwei Männer mussten ihn halten." Herr Dr. B. in N. wurde nun hinzugerufen und seiner Güte verdanke ich die Angaben, dass R. ziemlich viel Blut verloren hat und dass er dem Beistande heftigen Widerstand entgegensetzte, beständig mit der linken Faust drohte und die Umgebung zu schlagen versuchte, dass die vollständige Lähmung der rechten Glieder und des linken M. externus oculi sofort wahrnehmbar waren, dass der grossen Unruhe und den Versuchen, sich mit Hilfe der linken Glieder aus dem Bette zu schnellen, durch eine starke Morphiumeinspritzung begegnet wurde. Als gegen Abend die telegraphisch benachrichtigte Frau ankam, fand sie den R. noch in grosser Aufregung. Er bewegte den linken Arm, wollte offenbar fort, gab Zeichen heftigen Unwillens, sobald er des Bruders Stimme hörte. Im Allgemeinen schien er bei sich zu sein, gab auf die meisten Fragen durch Zeichen richtige Antwort, wusste aber offenbar nichts von dem Inhalte des letzten Gespräches und von seiner That. Zuweilen schrie er laut auf und es gelang der Frau, den Namen „Schröder" zu verstehen, den er oft wiederholte. Auch schrieb R. diesen Namen mit der linken Hand auf einen Zettel. Der Name eines Bekannten lautet so, doch hatte dieser Mann keine näheren Beziehungen zu R. und es hat sich der Sinn des Ausrufes nicht finden lassen. Ob er Ausdruck eines Delirium war, bleibt dahingestellt. In der Nacht schlief R. ziemlich viel. Am nächsten Tage war er leidlich ruhig und blieb im Bette liegen. Der Arzt konnte wieder einige Worte, z. B. „nicht spritzen!", verstehen. Ein Theil der eingeflössten Milch wurde geschluckt, ein Theil floss durch die Nase zurück. Am 3. Tage fand Herr Dr. B. den R. vollkommen beruhigt, der rechte Unterschenkel konnte wieder ein wenig bewegt werden, der Arm war noch ganz gelähmt. Die Temperatur stieg nie über 38° C., betrug am ersten Abend nur 36,8°. Am 31. Mai wurde R. auf einem Wagen in das Leipziger Krankenhaus geschafft und da ist er bis vor mehreren Wochen verpflegt worden. Seine Lähmung hat langsam abgenommen; die Wunde ist, ohne dass das Geschoss (von etwa 6 mm) entfernt worden wäre, zugeheilt.

Nach der Entlassung aus dem Krankenhause, am 29. Juli, kam R. zu mir. Ich fand eine Parese der rechten Glieder (ohne Betheiligung des Gesichtes), keine deutliche Anästhesie, Steigerung der Sehnenreflexe auf der rechten Seite; beim Gehen „nässt" das rechte Bein; der linke M. externus oc. ist vollständig gelähmt; alle anderen Hirnnerven sind in normaler Weise thätig; die Sprache aber ist etwas stockend, eigenthümlich ungeschickt und leicht näselnd; keine Empfindlichkeit des Kopfes, keine Kopfbeschwerden; am harten Gaumen eine kleine Narbe.

Der Kranke macht durchaus den Eindruck eines ruhigen und verständigen Mannes. Es ist mir nicht gelungen, ausser der gleich zu erwähnenden Amnesie, eine psychische Störung nachzuweisen. In seiner Erinnerung aber besteht eine Lücke, in die die Zeit vom Morgen des 25. Mai bis etwa zum 27. Mai fällt. Die Amnesie ist fast ganz vollständig. Er erinnert sich dunkel, mit seinem Bruder am 25. Mai nach N. gefahren zu sein, er glaubt in den ersten Tagen nach der Verletzung wahrgenommen zu haben, dass seine Frau an seinem Bette sass und dass der Arzt wiederholt in's Zimmer kam. Aber er meint, das sei ihm nur wie ein wüster Traum. Etwas weiteres weiss er nicht. Er hat keine Ahnung davon, wie er zu dem Revolver gekommen ist, den er am Morgen des 25. Mai gekauft haben muss, da er ihn vorher nicht besass, er weiss nicht, was er mit dem Bruder gesprochen, was er vor der That gedacht hat. Auf das Bestimmteste versichert er, von dem Selbstmordversuche gar nichts zu wissen.

Es hat also in diesem Falle das Geschoss des Revolvers aller Wahrscheinlichkeit nach den N. abducens sin. an der Schädelbasis zerrissen und die von der linken Hemisphäre herabsteigende Bahn direct oder indirect beschädigt: rechtseitige Lähmung der Glieder, linkseitige Lähmung des äusseren Augenmuskels, Anarthrie. Das psychische Trauma aber führte nach der Wiederbelebung zu einem hysterischen Anfalle, in dem der Kranke sehr erregt war und vielleicht hallucinirte, und der eine retroactive Amnesie hinterliess.

---

Aus der medicinischen Universitäts-Poliklinik in Leipzig.

## Ueber die Beziehung der Syphilis zur Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique.

Von Dr. *Heinrich Schmidt.*

Dass im Verlaufe gewisser Lungen- und Herzkrankheiten sich eine kolbige Verdickung der Endglieder von Fingern und Zehen entwickeln kann, ist schon geraume Zeit bekannt, hat aber früher keine besondere Beachtung gefunden. Die Lehrbücher älteren Datums übergehen dieses Symptom in den einschlägigen Capiteln über Bronchiektasie, Empyem, angeborene Herzfehler entweder ganz mit Stillschweigen, oder erwähnen es nur kurz als eine Folge der chronischen Blutstauung, die diesen Erkrankungen gemeinsam ist.

Eingehender beschäftigt sich mit diesem Gegenstande eine Arbeit E. Bamberger's[1]). B. fand bei mehreren Bronchiektatikern und Herzkranken neben den erwähnten Trommelschlägelfingern auch eine Verdickung verschiedener anderer Knochen, die meist ganz symmetrisch war und vorzugsweise die peripheren Enden der Unterschenkel und Vorderarme betraf. Selten war auch der Oberschenkel ergriffen, nur einmal der Oberarm. Anschwellung der Mittelhand- und Mittelfuss-Knochen war mehrmals vorhanden. Die genannten Knochen waren spontan und namentlich beim Gebrauche der Glieder schmerzhaft. Ausnahmsweise bestand auch Druckempfindlichkeit der Kniescheiben und des Brustbeines.

Bei der Autopsie fand sich stets eine ossificirende Periostitis. Die Knochenhaut war „leicht ablösbar, der Knochen mit einer blutreichen, bis mehrere Millimeter dicken, theils mehr lamellöse, theils warzige Oberfläche zeigenden, mit dem Messer schneidbaren Schichte osteogenen Gewebes bedeckt." An dem macerirten Knochen zeigte sich eine sehr zierliche Osteophytenbildung. Ein Unterschied des Processes und seiner Localisation war bei Bronchiektasien und Herzfehlern nicht vorhanden, nur seine Stärke und Ausdehnung war bei ersteren bedeutend grösser. Als Ursache der Knochenveränderung nimmt

1) Ueber Knochenveränderungen bei chronischen Lungen- und Herzkrankheiten. Zeitschrift für klin. Medicin. XVIII. 3. u. 4. 1890.

Bamberger Stoffe an, die in dem sich zersetzenden Inhalte der erweiterten Bronchen entstehen und nach Art des Phosphors reizend auf das knochenbildende Gewebe wirken. Ob bei erworbenem Herzfehler ein gleicher Entstehungsmodus zu Grunde liegt, lässt er dahingestellt, hält es aber nicht für ausgeschlossen, da auch bei diesen Lungenveränderungen verschiedener Art nichts Seltenes sind. Versuche an Kaninchen, denen Wochen lang bronchiektatischer Auswurf in den Mastdarm gebracht wurde, waren allerdings erfolglos.

Die cyanotischen Trommelschlägelfinger bei angeborenen Herzfehlern führt Bamberger dagegen auf die vorhandene Stauung zurück.

Eine weitere Bereicherung und Abrundung fand das Krankheitsbild durch Pierre Marie[2]), der auf Grund einer eigenen und mehrerer fremder Beobachtungen eine genaue klinische Beschreibung des Leidens gab und dasselbe zugleich scharf von der Akromegalie trennte, mit der es mannichfache Aehnlichkeit hat. Das Charakteristische ist die kolbige Verdickung der Nagelphalangen an Fingern und Zehen mit Verbreiterung und Krümmung der Nägel, die eine gewisse Aehnlichkeit mit einem Papageienschnabel haben.

Während Mittelhand und Mittelfuss verhältnissmässig unverändert ist, zeigt die Knöchelgegend und das Handgelenk und die denselben zunächst gelegenen Theile des Vorderarmes und Unterschenkels eine deutliche Zunahme ihres Umfanges. Zuweilen sind auch Sternum, Schlüsselbeine und Rippen verdickt, und eine Kyphose oder Kyphoskoliose der unteren Brust- und der Lendenwirbel vorhanden; auch eine Auftreibung des Oberkiefers in seinem alveolären Theile ist beschrieben. Der Unterkiefer, der bei der Akromegalie meist vergrössert ist, bleibt dagegen stets normal. Die Kranken von Erb[3]) und Ewald[4]) boten ausserdem noch eine Dämpfung über dem Handgriffe des Brustbeines. Bei der Obduction fanden sich hier im ersteren Falle[5]) in Fett eingebettete Thymusreste, im zweiten Falle war die Dämpfung durch krebsig entartete Mediastinal-Lymphdrüsen bedingt.

Marie beschrieb das Leiden unter dem Namen Ostéoarthropathie hypertrophiante pneumique; das Beiwort pneumique soll ausdrücken, dass die Veränderungen des Knochensystems im Zusammenhang stehen mit einer Erkrankung der Athmungsorgane. In der That litten alle von Marie aufgeführten Kranken an einer solchen Störung, wie Bronchitis, Pleuritis, Sarkom oder Carcinom der Lungen. Wie Bamberger nimmt Marie an, dass sich infolge der Lungenerkrankung ein Toxin bildet, das in den allgemeinen Säftestrom gelangt und gewisse Theile der Knochen und Gelenke zur Hypertrophie anregt.

Dass diese Theorie nicht für alle Fälle von Ostéoarthropathie Geltung hat, scheint aus folgender Beobachtung hervorzugehen, die ich in der medicinischen Universitäts-Poliklinik zu machen Gelegenheit hatte.

Im April 1891 stellte sich daselbst eine 48jährige Handarbeitersfrau L. vor mit Klagen über Rheumatismus in Armen und Beinen. Sie gab an, als Kind böse Augen gehabt zu haben, so dass sie einmal 4 Wochen lang vollkommen blind war. Später war sie gesund und kräftig; an Husten, Bruststechen oder sonstigen Lungenerscheinungen hat sie nie gelitten. Mit 31 Jahren erkrankte sie an Rheumatismus in verschiedenen Gelenken und im Kreuze und wurde durch Einpinselungen mit Jodtinctur geheilt. Im 35. Lebensjahre lag sie 6 Wochen lang mit heftigen Kopfschmerzen zu Bett. Im October 1890 traten vage Schmerzen in allen Gliedern und allgemeine Mattigkeit auf. Seit Mitte Januar 1891 bemerkt sie eine zunehmende Verdickung beider Hand- und Ellenbogengelenke, namentlich der linken Seite, mit geringer Störung der Beweglichkeit. Um dieselbe Zeit schwollen die Nagelglieder der Finger und Zehen unter eigenthümlich prickelnden und stechenden Schmerzen an.

Ihre Eltern erlagen beide der Cholera, ein Bruder litt an Rheumatismus und starb mit 48 Jahren an Herzerweiterung und Wassersucht. Die übrigen 4 Geschwister sind gesund. Von den Kindern lebt keines mehr; sie starben alle jung an Krämpfen, Pocken und Diphtheritis. Der Ehemann soll vollständig gesund sein.

[2]) De l'ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique. Revue de méd. 1. 1890.
[3]) Deutsches Archiv für klinische Medicin, 1888.
[4]) Berliner klinische Wochenschrift 1889. No. 11. p. 238.
[5]) Sectionsbericht von J. Arnold, Beiträge zur pathol. Anatomie und zur allgem. Pathol., X. 1. p. 8.

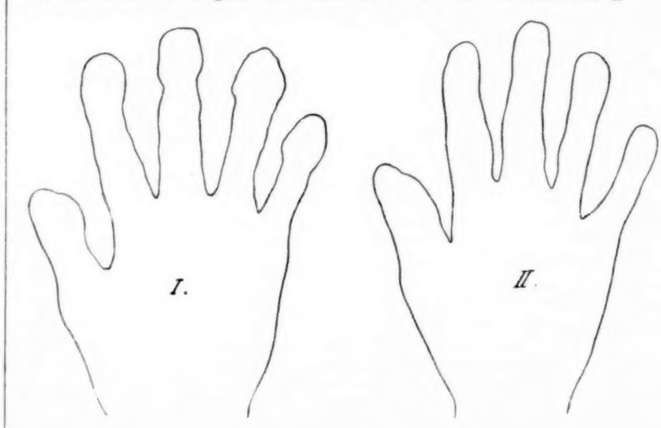
Die Untersuchung ergab eine kräftige, ziemlich gut genährte Frau ohne Fieber. Das Gesicht war regelmässig gebildet und nicht cyanotisch; Nase, Ohren, Oberkiefer nicht verdickt. Sehr auffallend war die Beschaffenheit der Finger, welche die ausgeprägte Trommelschlägel-Form hatten. Die Nagelglieder waren kolbig aufgetrieben und mit einer gespannten, nicht cyanotischen Haut bedeckt, die Nägel breit, längs gestreift und in der Längsaxe stark gekrümmt. Die übrigen Fingerglieder und die Mittelhand waren normal. Dagegen waren beide Handgelenke und die peripheren Theile der Vorderarme deutlich geschwollen und hart, die Umgebung des linken Ellenbogengelenkes etwas ödematös. Bei Bewegungen fühlte man keine Behinderung und kein Knarren, die Kranke hatte aber dabei mässige Schmerzen. Die Zehen verhielten sich genau wie die Finger, namentlich an den grossen Zehen setzten sich die pflaumenartig geschwollenen Nagelphalangen in höchst auffälliger Weise von den schmächtigen Grundgliedern ab. Sprunggelenke und Knöchel waren kaum merklich verändert. Das übrige Skelett war vollkommen gesund, namentlich bestand keine Krümmung der Wirbelsäule.

Auch an den inneren Theilen liess sich etwas Krankhaftes nicht nachweisen. Das Brustbein gab in seiner ganzen Ausdehnung hellen Schall, der Urin war frei von Zucker und Eiweiss. Pupillen, Sehnenreflexe, Hautempfindlichkeit vollkommen in Ordnung, die Kraft der Hände etwas gering.

Die Kranke erhielt gegen ihre Schmerzen Antipyrin und wurde am 28. April 1891 in der medicinischen Gesellschaft vorgestellt.[6])

Bei einer erneuten Untersuchung, mehrere Tage später, ergaben sich aber entschiedene Verdachtsmomente für eine vorausgegangene luetische Infection. Frau L. hatte 2 uneheliche Kinder gehabt, von denen das eine in Folge von Atresia ani, das andere an Pocken zu Grunde ging. Mit 27 Jahren verheirathete sie sich. Das im folgenden Jahre geborene Kind war ausgetragen, kam aber todt zur Welt, angeblich in Folge eines Falles. Es soll keinen Ausschlag oder sonstige Abnormitäten gezeigt haben. Das folgende Kind litt an „Unsicherheit der Beine und fortwährendem Hinfallen" und starb, 3 Jahre alt, an Diphtherie. Mit 31 Jahren hatte Patientin einen Abort im 3. Monat der Schwangerschaft, mit 32 Jahren einen solchen im 4. oder 5. Monate. Die nächste Entbindung erfolgte rechtzeitig, das Kind war angeblich gesund, aber schwächlich, und starb mit 20 Monaten an Krämpfen. Ebenso erlag das letzte Kind, das 1879 rechtzeitig geboren war, mit 14 Tagen urplötzlich einem Krampfanfalle.

Patientin bekam nun Jodkalium. Schon nach dem Gebrauche weniger Flaschen erklärte sie Nachlass der Schmerzen und freiere Beweglichkeit ihrer Gelenke zu bemerken. Dieselben nahmen unter weiterem Jodgebrauche deutlich an Umfang ab, und gleichzeitig bildeten sich auch die Trommelschlägelfinger zurück, so dass Hände und Füsse Anfangs August 1891 kaum noch etwas Ungewöhnliches erkennen liessen. Die Zeichnungen I und II geben die Umrisse der rechten Hand vor Beginn und nach Abschluss der Jodbehandlung.




Am 11. December 1891 erschien Frau L. von Neuem in der Poliklinik und bezeichnete eine Stelle an ihrer Zunge, die ihr beim Sprechen und Essen Schmerzen bereite. Es fand sich etwa in der Mitte des rechten Zungenrandes ein kleines, ziemlich tief gehendes Geschwür, das mit einem harten Rande umgeben war. Die übrige Schleimhaut der Mund und Rachenhöhle war gesund, die benachbarten Drüsen nicht geschwollen. Da bei dem mangelhaften Zustande der Zähne eine rein mechanische Entstehung des Geschwüres nicht ausgeschlossen war, so wurde zunächst nur eine Aetzung mit Höllenstein vorgenommen und ein Mundwasser verordnet. Als das jedoch keinen Einfluss hatte, nahm Patientin wieder Jodkalium mit dem Erfolge, dass die Härte verschwand und das Ulcus unter Bildung einer kleinen eingezogenen Narbe heilte. Der Nachweis einer specifischen Schleimhauterkrankung scheint damit erbracht, und es dürfte deshalb auch der Schluss gerechtfertigt sein, dass die früher vorhandene Osteoarthropathie auf Syphilis beruhte und nur durch die antiluetische Behandlung zum Schwinden gebracht wurde.

[6]) Vergl. Schmidt's Jahrb., Bd. 230, p. 270, 1891.

Etwas Gleiches scheint noch niemals beobachtet worden zu sein. Unter den Fällen von Osteoarthropathie, die mir im Originale zugänglich waren, findet sich keiner mit nachgewiesener Syphilis; von mehreren Autoren wird dieselbe direct ausgeschlossen. Der Kranke Ewald's[7]) hatte mit 18 Jahren einen Bubo, der eröffnet wurde, aber anscheinend keine Syphilis. Die Lehrbücher von E. Lesser, Kaposi, C. Kopp und Zeissl erwähnen das Auftreten von Trommelschlägelfinger im Verlaufe der Lues überhaupt nicht, und auch die beiden Monographien von Lewin[8]) und Carl Koch[9]) über die syphilitischen Affectionen der Finger und Zehen enthalten keine gleiche Beobachtung. Die sogenannte Daktylitis oder Phalangitis syphilitica befällt immer nur wenige Finger und Zehen und zwar mit Vorliebe die Grund- und Mittelglieder derselben und neigt nach Art der scrophulösen Spina ventosa, der sie klinisch zum Verwechseln gleichen kann, zu Durchbruch und Eiterung, unterscheidet sich also von der Ostéoarthropathie hinlänglich. Nur ein Fall von G. Smirnoff[10]) hat mit dem meinigen eine unverkennbare Aehnlichkeit.

Der 23jährige Patient bot eine eigenthümliche Verunstaltung dar, die sich seit seinem 9. Lebensjahre, angeblich ohne alle Schmerzen, entwickelt hatte. „Die 4 Finger jeder Hand, vom zweiten an, können nicht, auch mit Gewalt, gerade gestreckt werden, weil die ersten und zweiten Phalangen dieser Finger, augenscheinlich durch Ankylose und nicht durch Contractur, zu einander in einem ziemlich starken Winkel stehen. Die letzten Phalangen aller Finger sowohl als aller Zehen sind eigenthümlich platt und breit, gerundet, die der Finger mit besonders grossen breiten Nägeln versehen. — Die Ellenbogen-, Hand-, Fuss- und Kniegelenke, besonders die 3 letzten, sind auffallend grob und unförmlich gebildet. Die Diaphysen der Vorderarm-, Schenkel- und Unterbeinknochen sind stark verlängert, diese sämmtlichen Knochen sind also hypertrophisch, sowohl die Epi- als Diaphysen. Ebenso die Carpal- und Tarsalknochen. — Auch das Gesicht ist etwas von oben nach unten abgeplattet mit hervorspringenden Backenknochen. — Die Muskeln sind ziemlich schwach; die der Vorderarme und der unteren Extremitäten dünn, gleichsam distendirt durch die übermässige Verlängerung der betreffenden Knochen. — Alle übrigen Organe sind gesund und normal."

Besser noch als diese etwas kurz gehaltene Beschreibung zeigen die beigefügten photographischen Abbildungen, dass hier eine zweifellose Osteoarthropathie vorlag. Der Kranke litt seit 3—4 Jahren an einer um sich greifenden Perforation des harten und weichen Gaumens, die unter dem Gebrauche von Jodkalium und Calomeleinspritzungen vernarbte. Die Deformitäten der Glieder blieben unverändert. Da eine Ansteckung geleugnet wurde, so nimmt Smirnoff ererbte Syphilis an, die einerseits das Gaumengeschwür, andererseits die Verunstaltung der Knochen und Gelenke verursachte. Zum Beweise, dass die Syphilis Knochenhypertrophien bewirken kann, führt er einen 15jährigen Knaben an, der seit mehr als 3 Jahren über dem linken äusseren Knöchel ein luetisches Beingeschwür hatte und eine elephantiastische Verdickung des ganzen linken Unterschenkels darbot. Selbstverständlich hat dieser Fall mit unserer Affection nicht das Mindeste zu thun.

Ob die Syphilis des Smirnoff'schen Kranken ererbt oder erworben war, ist gewiss gleichgültig. Was uns hier interessirt, ist, dass dieser junge Mensch und Frau L. sicher luetisch waren und eine wohl ausgeprägte Ostéoarthropathie hypertrophiante im Sinne Pierre Marie's hatten, ohne irgendwelche Zeichen einer bestehenden oder früheren Lungenkrankheit darzubieten. In meinem Falle wurde die Abhängigkeit der Knochenveränderungen von der vorhandenen Syphilis durch die augenscheinliche Wirksamkeit einer specifischen Behandlung dargethan. Bei dem Smirnoff'schen Patienten blieb dieselbe erfolglos offenbar deshalb, weil bei ihm sich die Deformitäten schon in der Kindheit, also am wachsenden Skelette, entwickelt hatten und zur Zeit der Behandlung bereits irreparabel geworden waren. Das Syphilisvirus vermag somit zuweilen die Rolle zu übernehmen, die sonst das supponirte Gift des Bronchiektasen- und Empyem-Inhaltes spielt. Warum es dies nur so selten thut, ist unbekannt. Vielleicht dass hierzu noch eine besondere individuelle Disposition oder gewisse nervöse Einflüsse nöthig sind, wie eine neuerdings von Moebius[11]) mitgetheilte Beobachtung vermuthen lassen könnte.

[7]) Berliner klinische Wochenschrift, XXVI. 11, 1889.
[8]) Charité-Annalen, IV. p. 618, 1879.
[9]) v. Volkmann's klinische Vorträge, No. 359, 1890.
[10]) Ein seltener Fall von ausgebreiteter symmetrischer Verunstaltung auf Grund hereditärer Syphilis: Monatshefte f. pr. Dermat. VII. 1. 1888.

[11]) Zur Lehre von der Ostéoarthr. hypertr. pneumique. Diese Wochenschr. 1892, No. 22. — In dieser Arbeit ist der Fall der Frau L. mit erwähnt.

---

## Ueber Altersbestimmung von Blutungen im Central-Nervensystem.[1])

Von Dr. *Hermann Dürck.*

Im Hinblick auf die eminente Wichtigkeit, welche die Kenntniss der Metamorphosen von Blutungen überhaupt, speciell aber von Blutungen im Centralnervensystem in theoretischer und praktischer (forenser) Beziehung bietet, habe ich den Versuch gemacht, die mikroskopischen Befunde bei einer Anzahl von Apoplexien in eine fortlaufende Reihe, das Auftreten der einzelnen Veränderungen in ihnen in ein Verhältniss zu der Zeit ihres Bestehens zu bringen, dadurch, dass ich dieselben am Thiergehirn künstlich erzeugte.

Zu diesem Zwecke wurde bei einer grösseren Anzahl von Kaninchen und Meerschweinchen ein Scheitelbein mit einer ganz feinen Trepankrone trepanirt, die Dura durchschnitten und dann ein- oder mehrmals mit Daviel'schem Löffel in die Hirnsubstanz eingegangen. Die Thiere blieben 1—72 Tage am Leben.

Nach Herausnahme des Gehirns wurden dann die durch die Verletzung erzeugten Blutherde theils frisch, theils auf Schnitten, nach vorausgegangener Einbettung in Celloidin untersucht. In allen Fällen wurde auch das chemische Verhalten des Blutfarbstoffes mittels Ferrocyankali und Salzsäure geprüft.

Die Ergebnisse der Untersuchung waren kurz folgende:

Zunächst gehen an den rothen Blutkörperchen des Extravasates gleichzeitig zwei Processe, nämlich Auslaugung und Quellung, vor sich. Ersteres manifestirt sich vom 2. Tage an durch allmähliches Abblassen bis zur vollständigen Durchsichtigkeit, am Dauerpräparat durch das zunehmende Unvermögen der Blutkörperchen, sich mit den gebräuchlichen Anilinfarben, Eosin, Congo, Orange etc. zu färben, letzteres durch eine Gestaltsveränderung in der Weise, dass aus den flachen, biconcaven Scheiben allmählich Kugeln werden. Vom 5. Tag an jedoch beginnt ein im gegentheiligen Sinn wirkender Process, nämlich die Schrumpfung zunächst mit dem Auftreten feinster Impressionen an der Peripherie des Blutkügelchens. Dieselben sind wohl identisch mit den früher als „randständige, dunkel contourirte Körperchen" von Virchow, Ecker, Rokitansky u. a. beschriebenen Gebilden.

Während nun ein Theil der farblosen Stromata in diesem Zustande bis zum 60. Tag und darüber erhalten bleibt, greifen an einem anderen Theil derselben die Schrumpfungsvorgänge tiefer und gestalten sie bis zum 6.—8. Tag entweder zu unregelmässig polygonalen und sternförmigen oder aber nur einseitig vordringend zu schüssel- und napfförmigen Gebilden. Daneben wird vom 3. Tage an eine, wenn auch verhältnissmässig geringe Anzahl rother Blutkörperchen in contractile Zellen aufgenommen. In denselben wird der Erythrocyt mitsammt seinem noch übrigen Farbstoff weiter verändert, indem er in gleichmässig concentrischer Weise einschrumpft, wodurch sein Hämoglobingehalt verdichtet wird; allmählich, besonders wenn viele rothe Blutkörperchen in einer Zelle zusammenliegen, werden sie zwischen dem 8. und 10. Tag zu eckigen stark glänzenden Körnern, die gegen den 18. Tag von wahren intracellulären Pigmentkörnern nicht mehr zu unterscheiden sind.

[1]) Nach einem Vortrag, gehalten am 28. Juni 1892 in der Gesellschaft für Morphologie und Physiologie zu München.
Die ausführliche Arbeit erscheint demnächst in Virchow's Archiv.

Was nun das Schicksal des Blutfarbstoffs, des Hämoglobins, nach seinem Austritt aus seinen Trägern betrifft, so durchdringt derselbe bis zum 6. Tag gleichmässig das umgebende Gewebe, indem er demselben einen leicht bräunlichen Ton verleiht. Gegen Ende des 6., Anfang des 7. Tages jedoch geht eine Veränderung seiner chemischen Constitution vor sich, indem sein Eisengehalt in der Weise gelockert wird, dass die von Neumann als „Hämosiderin" bezeichnete Modification entsteht.

Anfangs durchsetzt das Hämosiderin diffus das ganze Gewebe, in welchem es durch ausgebreitete Berliner-Blaufärbung nach Ausführung der Eisenreaction nachweisbar ist, vom 10. Tage ab jedoch beschränkt es sich immer mehr auf die inzwischen in grosser Anzahl aufgetretenen contractilen Zellen und wird vom 12. Tage ab nur mehr in denselben gefunden.

Vom 12. Tage ab geht nun eine sehr auffallende morphologische Erscheinung an dem eingeschlossenen Farbstoff vor sich, nämlich das bisher in der plasmatischen Flüssigkeit des Zelleninhaltes gelöste Hämosiderin zeigt offenbar infolge einer Art von Ausfällungsprocess die Erscheinung des Körnigwerdens.

Das so entstandene Pigment ist zunächst grobkörnig, oftmals findet man nur eine grössere Scholle in je einer Zelle. Auch an den ehemaligen blutkörperchenhaltigen Zellen ist vom 12. Tage ab eine Umwandlung der eingeschlossenen Blutkörperchen in der Weise vor sich gegangen, dass dieselben sich der Eisenreaction gegenüber als Hämosiderinpartikel verhalten, so dass also jetzt bereits zweierlei Formen von Pigmentkörner enthaltenen Zellen vorhanden sind.

Es folgt vom 18. bis gegen den 25. Tag eine allmähliche Zerklüftung der grösseren Pigmentgranula zu immer feineren Körnern. Auch an den einschliessenden Zellen selbst machen sich Zerfallserscheinungen bemerklich, und das in ihnen enthaltene Pigment wird wieder frei. Am 18. Tage trifft man die ersten freien Pigmentgranula im Gewebe.

Vom 25. Tage ab lässt sich nun eine abermalige Aenderung der chemischen Zusammensetzung des Farbstoffes nachweisen, indem bei Ausführung der Reaction keine reine Blaufärbung mehr zu Stande kommt, sondern dieselbe einen schmutzig gelbbraunen Ton zeigt, wodurch die verschiedensten Mischfarben entstehen, in welchen das Braun immer mehr vorherrscht, bis endlich gegen den 45. Tag die Abspaltung und Resorption des Eisens aus dem Farbstoff eine complete geworden ist und derselbe das eisenfreie mit dem Gallenfarbstoff identische Hämatoidin darstellt. Dann ist natürlich keinerlei Eisenreaction an den Körnern mehr zu erzielen.

Die überwiegende Mehrzahl der Körner ist inzwischen frei geworden, und um den 60. Tag endlich haben wir ausschliesslich eisenloses, ziemlich feinkörniges Pigment frei im Gewebe liegend. Nachträglich scheint dann oftmals wieder eine Agglutination der feinen Körnchen zu grösseren Klumpen und Schollen vor sich zu gehen.

Gleichzeitig können unter bestimmten, uns gänzlich unbekannten Bedingungen Farbstoffkrystalle entstehen. Ihre Bildung muss mit Virchow aus schon vorher festem amorphen Pigment angenommen werden. Die Bildung körnigen Pigmentes kommt demnach ausschliesslich durch die Vermittlung contractiler Zellen zu Stande: aus den blutkörperchenhaltigen Zellen einerseits, aus den durch Aufsammlung des diffusen Farbstoffes und Consolidirung desselben hervorgegangenen Pigmentkörnchenzellen andererseits. Die als Hämosiderin bezeichnete Stufe des Blutfarbstoffes ist nur ein Uebergangsstadium in der ganzen Kette von Metamorphosen.

In ihnen besitzen wir eine bei der Unabänderlichkeit ihrer Reihenfolge sichere Handhabe für eine mindestens approximative, aber doch wohl für die meisten praktischen Fälle ausreichend genaue Beurtheilung des Alters einer Blutung im Centralnervensystem.

Natürlich darf niemals aus einer einzelnen morphologischen oder chemischen Thatsache, sondern stets nur aus der Coincidenz einer lückenlosen Kette solcher Daten ein Schluss gezogen werden.

Zuletzt sei noch bemerkt, dass die Veränderung der Einzelelemente, welche wir im Menschengehirn nach Blutungen constatiren, bei den künstlich am Versuchsthier erzeugten Extravasaten bis in die kleinsten Details wiederkehren, dass ferner die Befunde der dem Alter nach genau bekannten menschlichen Apoplexien mit den gleichalterigen am Thiergehirn sich decken und endlich, dass die Befunde bei den experimentellen Blutungen, soweit sich dies bis jetzt übersehen lässt, constant sind.

---

## Casuistische Mittheilungen aus Hospitälern und aus der Praxis.

**Zur Aetiologie der Eclampsia infantum.** Von Dr. Fischbach in Karlsruhe.

Dass periphere Reize im Stande sind, Eclampsia infantum hervorzurufen, steht wohl genügend fest. Dentition, Helminthiasis, Verdauungsstörungen nehmen den ersten Platz unter ihnen ein. Auch die uropoëtischen Organe lieferten nach Henoch einen Fall, in welchem der Reflexanlass in der Anwesenheit kleiner Concremente in ihnen lag. Sehr selten ist es aber, dass die congenitale Verklebung zwischen Glans und Praeputium, resp. ihre Folgen, schon im zartesten Alter heftige Convulsionen erzeugen können, wie aus folgender Krankengeschichte hervorgeht.

K. H., 14 Tage alt, erkrankte an leichten Krämpfen, welche nach Regelung der Nahrung — er wurde künstlich ernährt — Reichung von Calomel, nach wenigen Tagen seltener wurden, jedoch nach kurzer Besserung erneut und jetzt in stärkster Weise zum Ausbruch kamen. Etwa halbstündlich stellten sie sich, den ganzen Körper ergreifend ein, und zeigten das typische Bild; sie dauerten oft bis zu 5 Minuten. Das Fieber war nur gering.

Als ich das Kind genau betrachtete, zeigte sich das Praeputium glänzend und ödematös, bei Berührung erigirte sich der Penis und es war unmöglich, das Präputium zurückzuschieben, zumal seine Oeffnung sehr klein und eng war.

Da ich entsprechend der Corona glandis eine wallartige, harte Erhebung fühlte, so sprengte ich mit der Kornzange die Verklebung und nun gelang die Reponirung der Vorhaut. In der Corona befand sich eine auffällig grosse Masse harten Sebums. Mit ihrer Entfernung war ich überzeugt, den Reflexanlass beseitigt zu haben. Eine Sonde passirte leicht die Urethra und drang in die leere Blase. Successive nun, mit fortschreitender Heilung nahmen die Krämpfe ab, nachdem sie am folgenden Tage nach der kleinen Operation sich eher etwas gesteigert hatten. Mit vollendeter Heilung, die unter Bleiwasserumschlägen erfolgte, hörten die Convulsionen völlig auf, das Kind gedeiht in wünschenswerther Weise und ist seit Wochen völlig frei davon.

Es lässt sich wohl denken, dass congenitale Verklebungen, deren Folgen nicht so stark, wie hier hervortreten, durch Retention von Sebum reizend wirken und Eklampsie erzeugen können.

Vielleicht empfiehlt es sich in Fällen, bei denen kein ätiologisches Moment entdeckt wird, der Verklebung zu gedecken und sie zu lösen. Schaden wird man dadurch nicht stiften.

**Geburt eines Kindes ohne Schädeldach.** Von Dr. Karl Loewe in Gronau i. W.

Eine 29jährige Primipara hat seit einem Tage Wehen gehabt. In der folgenden Nacht geht Wasser ab. Darauf mässige Wehenthätigkeit, die immer geringer wird. Abends 8 Uhr ist kaum noch Wehenarbeit zu spüren. Untersuchung ergiebt mässige Eröffnung des ziemlich rigiden Muttermundes; anscheinend liegt Steiss vor, Rücken nach rechts. Beckenverhältnisse normal. Da Diagnose nicht ganz sicher, keine Wehen vorhanden sind und Scheide fest, wird manuell zu erweitern gesucht. Nun ist im Anschluss an die vermuthliche Steissspitze nach beiden Seiten hin scharfer Knochenrand zu verfolgen, endigend in scharfe Ecken: in dem vom Knochen umschlossenen Bogentheil weiche Massen. Bei weiterem Vordringen über den Rand hinaus wird zunächst hinten, dann vorn von der glatten Knochenfläche ein Hautläppchen gefasst, nach Form, Anheftung und Symmetrie 2 Ohren. Ueber Symphyse keine grössere Resistenz; wohl solche langgestreckt und breit im Uterusfundus. An den Knochenecken gefasst, folgt der Theil langsam und leicht folgt dem extrahirten Kopf das übrige Kind. Es lebt. Nabelschnur ist lang, anämisch und dünn; unvollkommene Knotenbildung in derselben. Nach längerer Zeit folgt, exprimirt, die ziemlich grosse, blutreiche Placenta. Eihäute glatt, ziemlich stark.

Bis auf den Kopf erscheint zunächst das Kind normal. Der Kopf macht den Eindruck, als sei das Schädeldach zur Gehirndemonstration

dicht über Augenbogen vorn, und Hinterhauptshöcker hinten glatt abgesägt. Die beiden grossen Hirnhemisphären liegen frei, anscheinend nur von Arachnoidea und Pia bedeckt. Die rechte Hemisphäre ist kleiner als die linke, welche ziemlich von normaler Grösse. Die Augen froschartig, etwas weniger links wie rechts. Die normale Haut biegt rings über den äussern Knochenrand bis zur inneren Peripherie über und geht hier scharf in die durchscheinende Hirnhaut über; nur am Hinterhauptshöcker erst dicke rothe Narbenmasse in Dreiecksform mit der Basis nach dem Gehirn in die Schädelbasis umbiegend zur Grubenbildung und dann verdünnt in die Hirnhaut übergehend. Durch die feuchte dünne Hirnbedeckung lässt sich deutlich die Furchenbildung und Lappentheilung des Gehirns erkennen. An beiden Seiten, in Ausdehnung und Form der Schläfenbeinschuppe ähnlich, hat die Hirnhaut festeres Gefüge und weisses narbenartiges Aussehen. Hemisphären beiderseits miteinander verwachsen bis auf den mittleren Theil, der nur verklebt und sich trichterartig auseinander drängen lässt. Von der rechten Hemisphäre ist besonders Schläfen- und Hinterhauptslappen in der Entwicklung zurückgeblieben. Das rechte Auge reagirt gut, das linke nur zögernd und erst auf kräftige Berührung der Cornea durch Lidschlag. Die mittlere Windung des Hinterhauptslappens rechts scheint durch einen kleinen Appendix repräsentirt zu sein. Das Kind schreit leise und bewegt sich; es lebt 18 Stunden. Der Umfang der Schädelbasis ist 4eckig. Stirnbreite von einem Proc. zygomatic. zum anderen 6 cm, vom rechten Proc. bis zur sehr starken Ecke zwischen Temporale und Occiput $3^1/_2$ cm, links 5 cm; Entfernung der beiden Ecken des Occiput $8^1/_2$ cm. Letzteres wenig nach hinten ausgebogen. Augenbogen fehlt; Ausbuchtung der rechten Orbitaldecke tiefer, wie links. Die beiden Orbitaldecken bilden in der Mittellinie zur Nasenwurzel hin scharfen, starken Schnabel. Entfernung vom Hinterhauptshöcker zum rechten Proc. zygomatic. front. $5^1/_2$ cm, links 7 cm. Bildung der Gesichtsknochen normal. Halswirbelsäule weist keine abnorme Einbuchtung auf. Schultern nicht von besonderer Stärke. Auf dem Kreuzbein geringe Einbuchtung der Haut. Geschlechtsorgane verkümmert. Grosse und kleine Labien sind vorhanden, aber sehr winzig. Beim Auseinanderdrängen der kleinen Labien kommt geringe Flüssigkeitsmenge. Von der hinteren Commissur nach vorn oben zieht sich bläulicher walzenförmiger Körper. Leider verweigerte der Vater genauere Untersuchung, selbst Zeichnung ward nicht gestattet. Anamnestisch lässt sich nichts erforschen. Die ganze Familie der Mutter und des Vaters soll vollkommen gesund sein. Im 2. oder 3. Monat der Schwangerschaft fiel die Mutter von einem niedrigen Karren herab auf den Kopf und soll dieselbe ein paar Minuten besinnungslos gewesen sein, dann aber weiter zu Fuss nach Hause gegangen sein, ohne noch irgendwelche Beschwerden gehabt zu haben. Blutung trat durch den Sturz nicht ein.

Zusammenfassung des Hauptsächlichen: Es fehlten also bei dem Kinde sämmtliche Knochenschuppen des Schädels; Gehirn ziemlich normal, nur rechte Hemisphäre etwas zurückgeblieben, und durch geringe Entwicklung eines Lappens lässt sich auch zögernde Augenreaction erklären. Die dreieckige Narbenmasse am Hinterhauptshöcker und die Grube nach vorn augenscheinlich Anfang des Tentorium ceraballi, das mit Hemisphären verwachsen.

**Nachtrag zu der Mittheilung über „Prochownick'sche Cur bei engem Becken“.** (cf. No. 35.) Von Dr. H. Eisenhart.

Durch Abwesenheit von München war es mir nicht möglich, die Correctur obiger Mittheilung rechtzeitig zu besorgen. Es sei deshalb gestattet, an dieser Stelle zu ergänzen, dass u. A. Dührssen selbst sein Verfahren später insofern modificirt hat, dass nicht die Hand den Uterus umfasst, sondern nur mit ihrem ulnaren Rande auf den Fundus aufgelegt wird, so dass die manipulirenden Finger nicht mit den Bauchdecken in Berührung kommen.

Ferner möchte ich nachtragen, dass das Gewicht des Kindes am Ende der 4. Woche 1750, am Ende des 2. Monats 2320 und jetzt (20. VIII.) Ende des 3. Monats 2920 Gramm betrug.

## Referate u. Bücher-Anzeigen.

**S. Pozzi: Lehrbuch der klinischen und operativen Gynäkologie.** Mit 482 Illustrat. im Text. I. Band 371 S., II. Band 351 S. Autorisirte deutsche Ausgabe von Dr. med. E. Ringier. Mit einem Vorworte von Prof. Dr. P. Müller in Bern. Basel, C. Sallmann 1892. Vollständig in 3 Bänden à 10 M.

Die deutsche Ausgabe Pozzi's in Frankreich so rasch beliebt gewordenen trefflichen Lehrbuches der Gynäkologie, wird sich auch in Deutschland bald einen hervorragenden Platz unter den grösseren gynäkologischen Werken erwerben. Nicht als ob wir Mangel hätten an guten deutschen Lehrbüchern; brachten doch gerade die letzten Jahre eine grosse Zahl gynäkologischer Werke, so dass für alle Anforderungen vom kleinsten Compendium bis zu dem grossen Sammelwerke in Billroth-Lücke's deutscher Chirurgie eine reiche Auswahl vorhanden ist.

Das Pozzi'sche Buch zeichnet sich vor anderen durch Originalität der Auffassung wie durch lebhafte Darstellung aus, welch letztere unterstützt durch treffliche, in den Text eingesetzte Holzschnitte den Leser trotz des Umfangs des Werkes nicht ermüden lässt.

In breiter Anlage — 3 Bände zu je ca. 25 Bogen — zeugt das Buch überall von einer vollkommenen Beherrschung des Stoffes auf Grund eigener Erfahrung des Verfassers sowohl in anatomischer wie in klinischer Beziehung. Geradezu überraschend ist die reiche Literaturkenntniss Pozzi's, der in gleichem Maasse die französische, wie die deutsche und englische Literatur sich zueigen gemacht hat. P. Müller sagt in der der deutschen Uebersetzung beigegebenen Vorrede: „Man könnte fast sagen, es sei kein französisches, sondern ein internationales, in französischer Sprache geschriebenes Buch, welches den neuesten Stand der Gynäkologie in prägnanter Weise schildert“.

Bis jetzt sind die beiden ersten Bände erschienen. Die Ausgabe des dritten ist bis Mitte des Jahres 1892 in Aussicht gestellt. Der erste Band enthält 4 Abschnitte:

1) Antisepsis, Anästhesie, Mittel zur Wundvereinigung und Blutstillung, Drainage und Tamponade.
2) Die gynäkologische Untersuchung.
3) Metritis.
4) Fibröse Geschwülste des Uterus.

In dem Capitel über Antisepsis ist in detaillirter Vollständigkeit das gegenwärtige Verfahren geschildert. Auch P. bekennt sich zu einem Anhänger der Asepsis, wobei er vielleicht künftighin noch mehr als er dies jetzt schon bekundet, die trockene Bearbeitung und Verwendung der Instrumente, Tupfer und des Nahtmaterials in den Vordergrund stellen dürfte. Bezüglich der Narkose zählt P. zu den Anhängern des Chloroforms, zweckdienlich bei längeren Narkosen in Verbindung mit Morphium subcutan. Ueber die Aethernarkose, die gerade in der Gynäkologie, namentlich bei Laparatomien entschieden im Allgemeinen der Chloroformnarkose vorzuziehen ist, giebt P. kein eigenes Urtheil ab. Bei Zurücksinken der Zunge empfiehlt P. Fassen und Vorziehen derselben mit einer Zungenzange, die nach Art einer Muzeux'schen Zange in die Zunge einsticht, ein Verfahren, das gegenüber dem ungleich sichereren und weniger verletzenden, mit dem bis auf den Kehldeckel eingeführten Finger den Zungengrund selbst nach vorn zu drücken, keine Empfehlung mehr erfahren sollte.

Vollständig und interessant schildert P. die Mittel zur Wundvereinigung und Blutstillung, wobei die verschiedenen Nahtverfahren in anschaulichen Abbildungen dargestellt sind.

Die von seinen Landsleuten ausgegebene Forcipressur zur definitiven Blutstillung verwirft Pozzi.

Von allgemeinem Interesse und auch für den Fachmann belehrend ist das Capitel über gynäkologische Untersuchung, in welchem die technischen Hilfsmittel mit reicher Illustration und kritischer Sichtung wiedergegeben sind.

Im folgenden Capitel, das „Metritis“ betitelt ist, fasst P. mit Recht alle an der Cervix und am Corpus auftretenden, die Metritis begleitenden Veränderungen, wie Erosion, Cervicalkatarrh, Endometritis zusammen. Man thut den Thatsachen entschieden Zwang an, wenn man die Metritis, namentlich die chronische Entzündung des Uterusparenchyms als eine eigene Erkrankung darstellt. Die Schilderung wird durch Pozzi's Auffassung einheitlicher.

Ausführlich berücksichtigt er in der Therapie die sogenannte kleine Gynäkologie. Wenn dieses Capitel namentlich dem praktischen Arzt empfohlen sein mag, der darin eine erschöpfende und doch nicht weitschweifige Darstellung der nicht nur vom Specialisten ausführbaren gynäkologischen Therapie findet, so dürfte den Fachmann die im nächsten Abschnitt sich findende Schilderung der operativen Beseitigung der Myome besonders interessiren. Das Hauptverdienst bei der Einführung der Myomectomie schreibt P. Köberlé zu, der durch Ligirung des Stieles mit einer metallenen Schlinge gegenüber der bis dahin üblichen Massenligatur mit Fäden einen entscheidenden Schritt in der ja auch heute noch keineswegs abgeschlossenen Stiel-

behandlung that. Die einzelnen Methoden derselben werden gleichwerthig wiedergegeben. Mag auch die Kritik derselben nicht bei allen zutreffend sein, so dürfte dies in Rücksicht auf die Schwierigkeit, alle Verfahren selbst in einer genügenden Zahl von Fällen durchzuproben, entschuldbar sein.

Im zweiten Band stossen uns in dem Abschnitt „Gebärmutterkrebs“ einige pathologisch-anatomische Absonderlichkeiten auf, die uns zeigen, wie verschieden im Einzelnen die Auffassungen anderer Nationen sind.

Pozzi zählt 3 histologische Varietäten von Carcinom auf:
1) Das Pflasterzellenepitheliom (tubulär oder lobulär).
2) Das Cylinderepitheliom und
3) Das Carcinom oder atypische Epitheliom.

Es wird weder aus dieser Bezeichnung noch aus der weiter unten folgenden Beschreibung der einzelnen Formen klar, in wiefern sich die 3. Art von den ersten beiden unterscheidet. Fremdartig ist auch die Eintheilung vom klinischen Gesichtspunkte aus, nämlich:
1) Papilläre Form,
2) Noduläre Form (parenchymatöse Form),
3) Cavitäre Form,
4) Liminäre oder vaginale Form.

Ferner bedarf der Erwähnung, dass Pozzi wiederholt als Factum hinstellt, dass ein gutartiges Geschwür mit der Zeit ein Epitheliom werden kann, eine Behauptung, die nur subjectiven Werth haben kann, gerechterweise aber nicht als unbestritten hingestellt werden darf.

Sehr eingehend und zutreffend werden weiterhin Verlauf, Diagnose und Behandlung, namentlich aber auch die Heilungserfolge bei Carcinom dargestellt.

Endlich ist nunmehr auch in Frankreich die Totalexstirpation des Uterus acceptirt, bezeichnend für den gegen diese Operation in Frankreich so lange bestehenden Widerwillen ist, dass selbst Pozzi erst 7 vaginale Hysterectomien ausgeführt hat.

Den grössten Theil des 2. Bandes nimmt der 6. Abschnitt ein, die Lageveränderungen des Uterus, wobei die Deviationen des Uterus nach vorn und hinten, der Prolaps der Genitalorgane und die Inversio uteri abgehandelt werden.

Die nicht operative wie die operative Behandlung der Lageveränderungen sind gleich ausführlich und meisterhaft dargestellt. Interessant ist auch hier, wie Pozzi mit seiner staunenswerthen Literaturkenntniss die nicht immer leichte Frage der Autorschaft für die einzelnen Operationsverfahren löst und wie die Werthschätzung derselben in den verschiedenen Ländern verschieden ist. So wird z. B. die in Deutschland ziemlich wenig beliebte Alquié-Alexander'sche Operation — Verkürzung des Ligam. rot. — eifrig ausgeführt mit „trefflichen und dauernden Resultaten“. Pozzi nennt diese Operation sogar „ein kostbares Hilfsmittel, wodurch die bis dahin stets gebrechlichen Kranken geheilt werden können“. Sollte es vielleicht hier auch noch so gehen, wie neuerdings mit der Symphyseotomie?

Es folgen nun in kürzeren Abschnitten die Entwickelungsfehler des Cervix uteri, Atresie, Stenose, Atrophie und Hypertrophie und die Menstruationsanomalien.

Den Schluss des II. Bandes bildet der IX. Abschnitt, die „circumscripte und diffuse Entzündung der Adnexa des Uterus“, in welchem der Salpingitis in ihren verschiedenen Erkrankungsstadien bis zum Pyo- resp. Hydrosalpinx ein weiter Raum gegeben ist.

Auch hier ist das Bestehen einer einheitlichen Darstellung dadurch, dass die mit der Salpingitis stets verbundene Oophoritis zusammen abgehandelt wird, hervorzuheben. Doch scheint dem Referenten immer noch zu viel theoretisirt zu sein, indem z. B. eine acute katarrhalische von der acuten eitrigen nicht cystischen Salpingitis und diese wiederum von einer cystischen (Pyosalpinx) unterschieden werden. Unsere Kenntnisse sind ja allerdings hier noch sehr lückenhaft, da erst neuerdings durch die operative Gynäkologie die verschiedenen entzündlichen Veränderungen der Tube häufiger zur directen Beobachtung und Untersuchung gewonnen wurden. Die von Pozzi getrennten Formen dürften doch wohl nur verschiedene Stadien ein und derselben Erkrankung der Tube darstellen. Wenigstens sollte der Ausdruck „katarrhalische“ Entzündung in Fortfall kommen. In der Therapie der Salpingitis bekennt sich Pozzi zu einem Anhänger der Salpingo-oophorectomie per laparatomiam, in Sonderheit verwirft er die von seinem Landsmann Péan favorisirte Totalexstirpation des Uterus per vaginam bei Erkrankung der Adnexe.

Die in der nächsten Umgebung der inneren Genitalien, namentlich innerhalb und unterhalb des Beckenperitoneums sich abspielenden Entzündungsvorgänge fasst P. zusammen in dem Namen Peri-metro-salpingitis, da der Ausgangspunkt dafür die Tube ist. Die verschiedenen Erkrankungsformen theilt er in 4 Gruppen ein:
1) Die seröse Peri-metro-salpingitis.
2) Der Beckenabscess.
3) Die Phlegmone des Lig. lat.
4) Die diffuse Beckencellulitis.

Auch hier ist weder theoretisch noch praktisch eine derartige Unterscheidung streng durchführbar, wie denn auch die Beibehaltung dieser Trennung in den einzelnen Abschnitten gezwungen erscheint.

Das von der Verlagsbuchhandlung trefflich ausgestattete Werk, um dessen Einbürgerung in Deutschland sich Ringier durch die gelungene Uebersetzung ein Verdienst erworben hat, kann Allen, die für Gynäkologie einiges Interesse hegen, auf's wärmste empfohlen werden. Döderlein-Leipzig.

**Debove et Courtois-Suffit: Traitement des pleurésies purulentes.** Paris 1892, 231 S.

Die vorliegende Abhandlung enthält in ihrem 1. Theile eine sehr genaue Uebersicht über die Entwickelung der Lehre von der Behandlung der eitrigen Pleuritis von Hippocrates bis auf die Neuzeit. Das Studium dieses Abschnittes ist ausserordentlich lehrreich; zeigt es uns doch, wie unsere jetzigen therapeutischen Anschauungen, auf die wir glauben stolz sein zu dürfen, bereits den Alten ganz geläufig waren, wie sie später vergessen wurden und wie sie nur unter unsäglichen Schwierigkeiten sich in der Neuzeit wieder Geltung verschafft haben. Der 2. Theil des Buches enthält eine ausführliche Beschreibung der bei der Pleuritis in Betracht kommenden Apparate und Operationsmethoden. Was dem Werke einen mehr als vorübergehenden Werth verleiht, ist der 3. Abschnitt, in welchem die Verfasser genaue Vorschriften über die Behandlung der einzelnen Formen der eitrigen Brustfellentzündung geben. Und zwar fassen die Verfasser die Sache nicht nur vom anatomischen, sondern vor allen Dingen vom bakteriologischen Standpunkte aus an, ein Vorgehen, dem gewiss seine hohe Bedeutung nicht abzuerkennen ist, wenn auch die augenblickliche Ausbeute nicht sehr bedeutend erscheint. In Deutschland ist, soweit dem Referenten bekannt, die Sache noch nicht in so systematischer Weise in Angriff genommen worden.

Die Verfasser unterscheiden eine ganze Reihe von eitrigen Pleuritiden: die durch Pneumococcen, die durch Streptococcen, die durch den Friedländer'schen Kapselcoccus, weiter die durch Typhusbacillen, die durch Staphylococcen, dann die durch Mischinfection entstandene Pleuritis, ferner die putride und gangränöse Form, hervorgerufen durch Fäulnissbacterien, und schliesslich die durch den Tuberkelbacillus hervorgerufene. Eine grössere Bedeutung kommt den beiden ersten und der letzten Form zu, die übrigen sind im Allgemeinen zu beurtheilen wie die Streptococcenpleuritis. — Und von der allergrössten Wichtigkeit ist es, diese Streptococcenpleuritis streng zu sondern von der Pneumococcenpleuritis. Das einzige sichere Unterscheidungsmittel ist die bakteriologische Untersuchung der Probepunctionsflüssigkeit, wenn auch die klinischen Symptome gewisse Anhaltspunkte geben, so besonders das Fieber, das bei der Streptococcenform immer viel höher ist und ausserdem starke Intermissionen mit Schweissen und Frösten zeigt: das Pneumococcenempyem ist die mildere, das Streptococcenempyem die schlimmere Form. Das erstere ist demnach auch für die Therapie das bei weitem dankbarere Object: es

ist zweifellos, dass es nach der einfachen Punction ausheilen kann. Die Streptococcenpleuritis kann das nicht, bei ihr ist immer die Operation durch Schnitt nothwendig. Dieselbe ist bei Pneumoniecoccenpleuritis dann vorzunehmen, wenn nach der ersten Punction keine Besserung eintritt.

Die geringere Bösartigkeit der Pneumococcenpleuritis erklären die Verfasser sich daraus, dass die Pneumococcen auch unter den besten Ernährungsbedingungen sehr schnell die Fähigkeit verlieren sich zu vermehren.

Diese Ausführungen der Verfasser scheinen dem Referenten von grosser Bedeutung zu sein und den Weg anzudeuten, auf dem man der vielumstrittenen Frage über den Werth der Bülau'schen Methode näher kommen kann. Es ist unerlässlich, dass alle in Zukunft über diesen Gegenstand zu veröffentlichenden Arbeiten über genaue bakteriologische Untersuchungen verfügen. Dann ist zu hoffen, dass so diametral entgegengesetzte Ansichten, wie sie jetzt vertreten werden, nicht mehr aufkommen.

Das tuberculöse Empyem wollen die Verfasser im Allgemeinen als ein Noli me tangere angesehen wissen, da doch fast immer bei denselben eine Fistel zurückbleibt, und grössere Eingriffe mit ausgedehnten Rippenresectionen in solchen Fällen nicht angezeigt erscheinen. Kreeke.

**Kurd Bürkner** in Göttingen: **Lehrbuch der Ohrenheilkunde.** Mit 136 Holzschnitten nach Originalzeichnungen des Verfassers. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1892.

Ein wahres Füllhorn von allgemein orientirenden Schriften in Form von Lehrbüchern kleineren Formats hat die Otiatrik im Laufe der allerletzten Zeit über die ärztliche Welt ausgegossen. Ausser einem Lehrbuch von F. Rohrer in Zürich von 222 Seiten Umfang (Verlag von Deuticke 1891) und Vorlesungen über Ohrenheilkunde von A. Bing in Wien (Verl. von Braunmüller 1890) hat das Lehrbuch von A. Hartmann kürzlich seine V. und dasjenige von W. Kirchner seine IV. Auflage erlebt, ein Beweis, welcher Beliebtheit sich beide kleinen, vom Referenten bereits bei früheren Auflagen an dieser Stelle besprochenen Lehrbücher erfreuen.

Auch das Lehrbuch von Bürkner hat nur einen Umfang von 352 Seiten, hat jedoch an Raum für seinen diagnostischen und klinischen Theil dadurch gewonnen, dass anatomische und theoretische Auseinandersetzungen fast ganz in demselben vermieden sind. Wie schwer insbesondere auch die letzteren für ein eingehenderes Studium entbehrt werden können, geht aus einigen Partien des Buches hervor. So stellt der Autor die verschiedenen Erklärungen für die Verstärkung, welche die osteotympanale Leitung durch ein Schallleitungshinderniss erfährt, und welche in dem Weber'schen, dem Rinne'schen, dem Schwabach'schen und den übrigen mit diesen verwandten Versuchen ihren Ausdruck finden, auf Seite 20 in einem Absatz von 8 Zeilen nebeneinander mit dem Schlusssatz: „Wahrscheinlich kommt bald die eine, bald die andere Erklärung in Betracht.“ Ich meinerseits hoffe wenigstens von der Mehrzahl der Leser, dass sie sich mit dieser kurzen Andeutung über die physiologischen Grundlagen der Prüfungsmittel, welche gegenwärtig das allgemeine Interesse auf sich gelenkt haben und welche auch in Bürkner's Lehrbuch unter den differentiell diagnostischen Methoden zur Feststellung der verschiedenen Erkrankungsformen so oft wiederkehren, sich nicht begnügen lassen, sondern selbst wenigstens einen Versuch machen, dem Verständniss dieser Vorgänge näherzukommen, ohne welches die tägliche Beschäftigung mit denselben keinen Forscher befriedigen kann. — Mit der grossen Mehrzahl der Autoren lässt Bürkner noch eine Erhöhung des intralabyrinthären Druckes als Ursache einer Reihe von Störungen gelten, ohne die gegen die Möglichkeit seines Zustandekommens erhobenen Bedenken zu erwähnen. — Das Abrücken des normalen Trommelfellreflexes von Umbo gegen die Peripherie als charakteristisches häufig vorhandenes Symptom für Tubenabschluss findet keine Erwähnung; überhaupt ist die Abgrenzung zwischen Tubenkatarrh und acutem Mittelohrkatarrh, allerdings, wie hinzugefügt werden muss, ebenso wenig wie in den meisten übrigen otiatrischen Lehrbüchern, mit der Schärfe gezogen, welche die auf einem rein physiologischen Vorgang basirenden Veränderungen des Tubenabschlusses gestatten. — Bei acutem Mittelohrkatarrh fällt der Rinne'sche Versuch durchaus nicht regelmässig negativ, sondern sehr häufig positiv, wenn auch durchgängig verkürzt, aus. — Während den Hördefecten im oberen Theil der Tonscala eine, wenigstens nach meinen Erfahrungen, noch zu grosse Bedeutung beigemessen wird, findet der constante Ausfall des unteren Theiles der Scala für die Luftleitung bei den gesammten chronischen Mittelohraffectionen im Gegensatz zu ihrer häufigen Erhaltung bei Erkrankungen des Labyrinths und jenseits desselben keine Erwähnung. — Eine der Paracentese des Trommelfells vorausgehende Desinfection des Gehörgangs erscheint nicht nur bei Ansammlung von Epidermis, Cerumen etc. in demselben, sondern immer nothwendig. — Der Winkel, welchen die Trommelfellebene mit der vorderen unteren Gehörgangswand bildet, beträgt nicht 40—50°, sondern durchschnittlich nur $27^1/_2$°. — Das Cholesteatom hätte bei seiner lebenswichtigen Bedeutung eine noch eingehendere Würdigung und die Perforationen der Membrana Shrapnelli und ihr Zusammenhang mit Eiterungsprocessen im Aditus und Antrum hätten ein eigenes Capitel verdient. — Diese und andere kleinere Einwendungen im Einzelnen sollen nichts weniger als den Zweck haben, den Werth des Lehrbuches von Bürkner im Ganzen zu vermindern. Dasselbe giebt vielmehr in seiner einfachen und überall verständlichen Darstellung für Studierende wie Aerzte einen guten und klaren Ueberblick über den gegenwärtigen Stand der praktischen Ohrenheilkunde, in welchem das Wichtigste fast durchgängig an der richtigen Stelle hervorgehoben ist.

Ein besonderes Interesse auch für den Fachmann gewinnt Bürkner's Lehrbuch einerseits durch die entschiedene vielfach negirende Stellung, welche B. auf Grund seiner reichen Erfahrung einer grossen Reihe insbesondere neuerer therapeutischer Empfehlungen gegenüber einnimmt, andererseits durch die umfassenden eigenen statistischen Untersuchungen, mit welchen sich der Verfasser ein hervorragendes Verdienst erworben hat, und welche mit Recht bei fast allen Capiteln seines Lehrbuches an die Spitze gestellt sind. So darf wohl angenommen werden, dass Bürkner's Lehrbuch im Wettkampf um allseitige Verbreitung sich eine dauernde Stelle erringen wird.

Bezold.

**M. Baudouin: De chloroformisation a doses faibles et continues.** Paris 1892.

Die hauptsächlich von französischen Autoren, besonders L. Labbé warm empfohlene, unter andern auch von Zuckerkandl aus der Dittel'schen Klinik befürwortete Methode des Chloroformirens durch langsames Auftropfen, die darin besteht, dass das Mittel in sehr kleinen Dosen möglichst continuirlich ohne Aussetzen aufgeträufelt wird, wird von B. in ihren Vortheilen und Details eingehend besprochen, geringere Excitation, ruhiger Verlauf, weniger unangenehme Folgen der neuen Methode nachgerühmt, wobei das in kleinen, 40—50 g enthaltenden Tuben von Glas eingeschlossene, absolut reine Chloroform am meisten empfohlen wird. Man verbraucht so höchstens 20 g pro Stunde, die Narkose kann bis $2^1/_2$ Stunden ausgedehnt werden und kann auch bei Herzaffectionen, Pleuritis etc. mit viel geringerem Risico Chloroform angewendet werden.

Schr.

Prof. **Mosler: Ueber die sogenannte Acromegalie.** Sep.-Abdr. aus der Virchow gewidmeten Festschrift „Internationale Beiträge zur wissenschaftlichen Medicin“. Berlin, Hirschwald, 1891.

Mosler theilt aus seiner Klinik einen Fall von Acromegalie bei einer 41jährigen Frau mit, bei der die Menses nach einer Entbindung im 35. Jahre sistirten und nervöse Beschwerden, Prickeln und Schlafen der Fingerspitzen, Schmerzen im Kreuz auftraten und 2 Jahre später deutlich das Grösserwerden der Hände auffiel, das allmählich zu der typischen tatzenartigen Vergrösserung sich steigerte, während auch das Gesicht, besonders die Nase zu schwellen begann und das Hervortreten und Thränen der Augen die Patientin veranlasste,

ärztlichen Rath zu suchen. Der Fall wird in eingehender Weise mit genauen Messungen, Augenbefund, Sensibilität etc. dargestellt und unterstützt die Theorie, die die Acromegalie nicht als Wachsthumsanomalie, sondern als besondere Krankheit (Marie) auffasst, da genaue Messungen nur eine Zunahme der Knochen in die Breite, nicht aber in die Länge constatirten. Die durch gute Photographien illustrirte Mittheilung wird noch dadurch besonders interessant, dass eine Abbildung der Frau vor der Erkrankung aufgenommen (im 31. Jahr) zum Vergleiche beigefügt ist, wodurch die typischen Veränderungen der Acromegalie besonders deutlich hervortreten. Sehr.

**Moure und Bergonié: Die Behandlung der Deviationen und Auswüchse des Septums mittelst der Elektrolyse.** Bordeaux und Paris 1892.

Nach Besprechung der anatomischen Verhältnisse der normalen Nase und der theilweise noch dunklen Ursachen der Deviationen und Auswüchse der Nasenscheidewand wenden sich die Verf. zu der Beschreibung der einzelnen Formen, unter denen obengenannte Veränderungen auftreten. Sie unterscheiden horizontale obere, den oberen Theil der Nase, besonders die Lamina perpendicul. des Siebbeins betreffende Formen und horizontale untere, den unteren Theil des Septums ergreifende Formen. Eine 3. Gruppe umfasst die gemischten Arten. Nach Besprechung der Erscheinungen und der bisher üblichen Methoden wenden sich Verf. zur Elektrolyse, die zuerst Miot 1888 bei Septumdeviationen anwandte, später auch Gaul. Moure und Bergonié bedienen sich der bipolaren Methode mit einer einzigen Nadel für jeden Pol; diese Methode ist wenig schmerzhaft, erzeugt keine Perforation und führt in einer einzigen Sitzung zum Ziele. Sie geben das Instrumentarium an sowie die Stromstärke und berichten über eine Anzahl von Fällen, die im Original nachzulesen sind. Scheeh.

Dr. **Julius Veith: Beiträge zur Casuistik der traumatischen Trommelfellrupturen.** (Münchener medicinische Abhandlungen. Verlag von J. F. Lehmann, München. 8. Reihe. Arbeiten aus der chirurgischen Poliklinik, Abtheilung für Ohrenkranke.)

Veith stellt 43 Fälle von traumatischen Rupturen zusammen und kommt im Allgemeinen zu denselben Schlüssen, wie die Meisten der früheren Untersucher. Bemerkenswerth ist, dass die Schul- und Lehrjahre fast gar nicht vertreten sind, indem nur 3 Patienten das 20. Jahr noch nicht erreicht hatten. Unter den durch indirecte Einwirkung (Luftverdichtung) gesetzten Rupturen befindet sich je 1 Fall mit 2 und 5 Oeffnungen. In einem Falle erfolgte eine Zerreissung der Chorda tympani, welche nicht wieder heilte.

Bei der Besprechung der forensischen Bedeutung der traumatischen Trommelfellperforationen vermisst Referent das Hervorheben der Blutextravasate in ihrer Wichtigkeit für die differentielle Diagnose. Dr. Scheibe-München.

**Th. Maxwell: Terminologia medica polyglotta.** Brockhaus, 1890.

Der heutige Umfang der medicinischen Literatur macht es für jeden, besonders den wissenschaftlich arbeitenden Arzt nöthig, auch die Literatur des Auslandes zu berücksichtigen. So bekannt es nun ist, dass zum Verstehen eines medicinischen Artikels schon relativ geringe Kenntnisse der betr. Sprache ausreichen (wegen der vielen medicinischen Ausdrücke), so kann doch andererseits das Nichtverstehen resp. Falschauffassen eines einzigen Wortes sehr unangenehm sich geltend machen, zumal wenn man in den gewöhnlichen Lexicis den betreffenden Ausdruck nicht findet. Es sind deshalb speciell medicinische Lexica sicher ein Bedürfniss und eine Terminologia medica polyglotta, wie sie uns von Maxwell im Verein mit mehreren Mitarbeitern geboten wird, sehr zu begrüssen.

Alle medicinischen Ausdrücke, Worte anatomischer, physiologischer, chemischer Bedeutung, die botanischen, zoologischen, pharmaceutischen Bezeichnungen, die Krankheitsnamen, Instrumente etc., Maasse und Gewichte, Reactionen, pathologischen etc. Ausdrücke, ja sogar medicinische Titel, medicinische Gesellschaften finden sich in den Hauptsprachen „lateinisch, englisch, französisch, deutsch, italienisch und russisch" berücksichtigt, in der Weise, dass das Französische gewissermaassen als Grundlage dient, (damit der Umfang des Werkes nicht zu gross ist) und der Nichtfranzose allerdings eventuell nochmals die Uebertragung des französischen Wortes nachschlagen muss.

Dass ein derartiges Werk grossen Nutzen, speciell auch in Kriegszeiten oder in den Colonien, in internationalen Hafenplätzen bringen kann, ist zweifellos, denn sehr häufig klingen Ausdrücke des Gleichen doch recht wenig ähnlich, auch das Lateinische ist nicht stets maassgebend, (wie z. B. Chlorkalk im Englischen Hypochlorite of lime, Glaubersalz im Französischen Sulfate de soude), und solche Bezeichnungen können ja im täglichen Verkehr plötzlich einem nothwendig werden. In dem relativ nicht umfangreichen (459 Seiten enthaltenden) Werke finden sich ca. 25,000 Ausdrücke berücksichtigt, nach Ansicht des Referenten würden einige Wiederholungen sich noch vermeiden lassen, so kann z. B. die Bezeichnung Herzfell fortfallen, wenn Herzbeutel berücksichtigt wird, auch manche nicht gang und gebe deutsche Ausdrücke wären zu vermeiden, wie „Schmierhöhle" = Schleimbeutel, „Blatterngrube" statt Blatternnarbe etc., „Krümme" als Subjectiv; auch einige Definitionen sind nicht ganz glücklich gewählt, wie z. B. das Cheyne-Stokes'sche Phänomen mit Respiration alternatively fast and slow, respiration alternativement rapide et lente nicht ganz zutreffend bezeichnet ist. Die anatomischen Ausdrücke sind vielleicht in allzu grosser Ausführlichkeit angeführt und es wird wohl kaum jemand sein, der sich hier nicht nach der lateinischen Bezeichnung auch in anderer Sprache zurecht findet. Sehr zu wünschen wäre es dagegen, wenn in einer eventuellen Neuauflage auch mehr technische und instrumentelle Bezeichnungen berücksichtigt würden. Vielen wird es nicht leicht sein, genau zu finden, was ein Pivot, was z. B. coil spring, brackets, ratchet bedeuten oder was ein ressort à boudin, eine scie à mollètes, scie à quichet ist. Derartige technische Bezeichnungen sind um so weniger zu entbehren, als sie oft in recht verschiedener Bedeutung gebraucht werden und nach dem Lateinischen sich nicht entnehmen lassen.

Ein wesentlicher Vorzug des Werkes ist die relativ sehr geringe Anzahl von Druckfehlern, die sich in einem derartigen Werk doppelt lästig geltend machen würden.

Das Maxwell'sche Buch gehört zu denen, denen man die darauf verwendete Mühe kaum ansieht, wenn es fertig vorliegt; es ist keine Frage, dass es sich sehr nützlich erweisen und dadurch die Mühe der Bearbeiter lohnen wird. Sehr.

---

# Vereins- und Congress-Berichte.

## Aerztlicher Verein in Hamburg.

(Originalbericht.)

Ausserordentliche Sitzung am 30. August 1892.

Am 30. August hielt der hiesige Aerztliche Verein eine sehr stark besuchte ausserordentliche Versammlung unter Vorsitz des Herrn Krieg. Einzigen Gegenstand der Tagesordnung bildete die Besprechung der **Cholerafrage.**

Herr **Rieder** berichtete über einige Erfahrungen, die man im Allgemeinen Krankenhause mit der Therapie der Cholerakranken gemacht hatte. Von der subcutanen Kochsalzinfusion waren keine nennenswerthen Erfolge gesehen worden. Dagegen gab die intravenöse Kochsalzinfusion, wenigstens zuerst, recht gute Resultate, die etwa in $^2/_3$ der Fälle constatirt wurden. Darunter befinden sich einige Patienten, die schwer asphyctisch aufkamen und heute, nach mehreren Tagen, noch leben. Ob der Erfolg von Dauer sein wird, will Vortragender noch offen lassen. Jedenfalls starben andere, nicht so behandelte Fälle äusserst rasch. Bei einer Frau wurde die intravenöse Infusion 3 mal gemacht; dieselbe lebt ebenfalls noch. In manchen Fällen wird der Puls nur vorübergehend besser, in andern bleibt er nach der ersten Infusion gut. Letztere haben entschieden Aussicht auf Wiederherstellung. Die Kranken ver-

tragen 2 bis 4 Liter Kochsalzlösung sehr gut. Die Urinsecretion nahm fast in allen Fällen nach der Infusion zu, ohne dass dies Symptom die günstige kritische Bedeutung hatte, die ihm von manchen Beobachtern zugeschrieben worden ist. Im Ganzen fand Vortragender bei Männern günstigere Erfolge als bei Frauen, wie denn überhaupt die Erkrankung bei Frauen viel rascher und schwerer zu verlaufen scheint. Vortragender betont nochmals, dass bei der Kürze der Beobachtungszeit die constatirten Besserungen vorläufig nur als symptomatische gedeutet werden dürfen.

Eine Discussion über diesen Vortrag fand nicht statt, dagegen wurden von verschiedenen Rednern noch Bemerkungen über die Entstehung der Epidemie, ferner Vorschläge zur Desinfection der Wohnungen, Schutzmaassregeln gegen die Seuche und vereinzelt auch Kritiken über das Verfahren der Behörden, besonders beim Beginn der Seuche, gemacht, die für die Allgemeinheit kein besonderes Interesse bieten. J.

---

## Aus den Pariser medicinischen Gesellschaften.

### Académie de Médecine.

Sitzung vom 23. August 1892.

Syringomyelie und Lepra identisch.

Zambaco hatte in Constantinopel eine grosse Anzahl von Leprafällen zu beobachten Gelegenheit gehabt und war allmählich zur Ueberzeugung gekommen, dass die in neuerer Zeit unter dem Namen Morvan'sche Krankheit oder Syringomyelie beschriebene Affection nichts Anderes als Lepra, in mehr oder weniger modificirter oder abgeschwächter Form, sei. In der Bretagne, von wo die Syringomyelie zum erstenmal beschrieben und wo dann weitershin das Auftreten derselben als ziemlich häufig constatirt wurde, stellte Zambaco eine sehr eingehende Enquête an und fand bei allen derartigen Schwerkranken und als unheilbar in den Spitälern Befindlichen Difformität der Finger, verschiedene trophische Störungen wie Verlust der Phalangen, Muskelatrophien, Anästhesien und Ulcerationen — Symptome, die er in gleicher Weise an seinen Leprakranken gesehen hatte. Die photographischen Abbildungen, welche von einer grossen Anzahl der letzteren entnommen und mit jenen verglichen wurden, bewiesen ebenfalls die grosse Aehnlichkeit beider Affectionen. Dass aber der Aussatz in der Bretagne schon seit alten Zeiten endemisch ist, dafür zeugen die Namen von Ortschaften (Lambezellec = Dorf der Aussätzigen), Friedhöfen, Brücken u. A. m., die mit dem Beinamen „des lepreux" heutigen Tages noch existiren; alte Kirchenbilder und Gobelins zeigen uns Aussätzige ebenso wie sie jetzt zur Beobachtung kommen, auf einem Bilde z. B., welches die Wunderthaten des heiligen Vincentius darstellt, ist der Moment wiedergegeben, wo der Wunderthäter einem aussätzigen Kinde die fehlenden Finger wieder ersetzt. Aus den Steinen, Figuren u. A., welche in den Gräbern der Bretagne gefunden wurden, glaubt Zambaco sogar den Schluss ziehen zu können, dass der Aussatz dereinst von den alten Phöniciern in dieses Küstenland verschleppt wurde. Er stellte auch in Paris in den verschiedenen Spitälern vergleichende Beobachtungen an und fand von Seite zahlreicher Aerzte die Aehnlichkeit der beiden erwähnten Leiden bestätigt. Ein Patient, welcher bei Charcot mit der Diagnose „Typische Syringomyelie" lag und dem vor Kurzem schmerzlos mehrere Finger amputirt worden waren, ward in das Spital St. Louis vor die Augen der ersten Dermatologen (Vidal, Besnier, Fournier, Hallopeau) gebracht und diese erklärten ihn sämmtlich für leprakrank. Man könnte einwenden, dass Lepra und Syringomyelie in ihrem Verlaufe verschieden sind: Zeiten des Stillstandes, welche bei letzterer häufig seien, gäbe es bei Lepra nicht; doch auch diese kann in ihrem Verlaufe Halt machen, sogar scheinbar heilen. Ferners tritt sie in gewissen Ländern (im Orient) in viel schwererer Form auf wie z. B. in der Bretagne, wo sie oft auf das Anfangsstadium beschränkt bleibt und dem Unerfahrenen sogar eine andere Krankheit, wie sie unter dem Namen von Morvan als ganz neu aufgestellt wurde, vortäuscht. Diese Syringomyelie umfasst verschiedene Krankheiten, die auseinander zu halten sind und von welchen eine Gruppe die Lepra anaesthetica (von Daniellsen) zweifellos darstellt, die anderen aber einer genaueren Definition noch bedürfen. Vidal hält die interessante Mittheilung Zambaco's für ein bedeutendes wissenschaftliches Ereigniss; jener Patient Charcot's habe unzweifelhaft Lepra. Von Bedeutung sei jedoch, ob die orientalischen Leprakranken auch jene charakteristischen Cubitalneurome hätten, nach deren Abtragung die Patienten immer Besserung und welche in ihrem Innern stets den Leprabacillus zeigten. Auch dürfe man nicht vergessen, dass alle Lepraverletzungen trophischer Natur und ähnliche Verletzungen auch die Folgen von Schädigungen des Nervensystems sind, welche mit Lepra nichts gemein haben — das mache die Frage zu einer sehr verwickelten.

Zambaco fand bei den meisten seiner Patienten jene Nervenneubildung, machte aber keine bakteriologische Untersuchung. Was die Heredität der Lepra betrifft, so spielt die Race einen grossen Einfluss auf die Entwicklung derselben; die wirklichen Einwohner von Constantinopel haben keine Lepra und wenn einer einmal eine solche acquiriren sollte, so zeigt eine genaue Nachforschung, dass einer seiner Vorfahren die Cykladen oder eine andere Insel des Archipels, wo die Lepra häufig ist, bewohnte.

---

## American surgical Association.

(Nach Med. Record. Jun. 18. 92.)

Bei dem amerikanischen Chirurgencongress, der vom 31. V. bis 2. VI. in Boston tagte, kamen u. a. durch Roberts die Fracturen des unteren Humerusendes zur Besprechung. Es soll bei deren Behandlung die divergente Richtung der Arm- und Vorderarmaxe beibehalten werden, in der Regel sei gestreckte Stellung vorzuziehen, weil die Tragfunction weniger leicht danach geschädigt wird. Zu frühe passive Bewegungen seien schädlich, solche sollten erst nach völliger Vereinigung und Weglassen der Verbände ausgeführt werden. Gewöhnlich lässt sich gutes Resultat erreichen und frische Fracturen, in denen gute Coaptation eventuell in Narkose nicht zu erzielen ist, sollten mit entsprechenden Probeincisionen behandelt werden, während veraltete Fracturen mit Deformität und Functionsstörungen bis zu einem gewissen Grade der Refracturirung oder Osteotomie zufallen. Auch Ford, Thompson und Gerster plaidirten mehr für Behandlung in gestreckter Stellung, während E. Owens, H. Packard und Ch. Porter die gebeugte Stellung vorziehen, ebenso Collins Warren, der eine innere Schiene danach benützt und die Bigelow'schen Reductionsmanöver dabei empfiehlt.

Carmalt besprach die Fälle, in denen die Ulna als Keil wirkt und die Fragmente des unteren Humerusendes auseinandertreibt, — in einem derartigen Fall hat ihm Gewichtsextension bei flectirter Stellung sehr gute Dienste geleistet.

Bei Besprechung der Behandlung der uncomplicirten Fracturen der Radiusbasis kam S. Roberts zu folgenden Schlüssen: Fracturen des unteren Radiusendes variiren in der Regel wenig in ihren allgemeinen Charakteristicis, da eine Form die gewöhnliche ist. Muskelaction hat mit der Entstehung oder Erhaltung der Deformität nichts zu thun. Unmittelbare Reduction der Fragmente ist das Wesentliche der Behandlung. Viele Radiusschienen sind ohne die Kenntnisse der pathologischen Veränderungen construirt worden; gewöhnlich sind Schienen überhaupt nicht nöthig und genügt eine Manchette von Heftpflaster oder eine Bandage und wenn eine Schiene wirklich nöthig, genügt eine schmale kurze dorsale, die das Handgelenk fixirt, da dabei der Patient am wenigsten genirt ist, alle Fingergelenke bewegt werden können. Passivbewegungen vor eingetretener Consolidation und endgültiger Entfernung des Verbands sind unnöthig. Auf diese Weise lässt sich gute Function erreichen und auch die anatomische Conformation ist ebenso gut oder besser dabei wiederhergestellt als durch complicirtere Verbände. Ungehörig behandelte Fälle, in denen die sofortige Reduction unterblieb, mögen bis zum Ende der 6. Woche oder noch länger erfolgreich wieder gebrochen werden. Veraltetere Fälle können nur durch Osteotomie wiederhergestellt werden. Packard betonte besonders die Reduction, da viele Aerzte glaubten, bei der typischen Radiusfractur sei die Anlegung entsprechenden Verbandes allein genügend. Porter plaidirte sogar für Narkose zu vollständiger Reduction, eventuell Aufhebung der Einkeilung. Beide, sowie Ford, Ranschoff und Andere wollen jedoch entsprechende Schienen resp. Apparate nicht entbehren.

Homans sprach über Uterusfibroide, die er als Anhäufungen normalen Uterusgewebes an abnormen Stellen und in abnormen Massen definirte. Operationen deshalb hält H. für selten nöthig und hat unter 520 Fällen nur 60 mal operirt. Die Entfernung derselben ist nur vorzuschlagen, wenn sie durch Blutungen das Leben bedrohen, wenn sie durch ihre Grösse oder ihr Gewicht unerträglich werden, grossen Schmerz verursachen oder Störungen von Seite des Darmcanals hervorrufen oder bei Stieldrehungen. 90 Proc. der Fälle bleiben nach Erreichung einer gewissen Grösse stationär und atrophiren nach der Menopause. Ergotinbehandlung allein ist in der Regel unzulänglich. Apostoli's Verfahren stillt zuweilen die Blutung, nimmt fast stets den Schmerz, vermindert aber selten die Grösse des Tumors. Castration, die H. in 4 Fällen anwandte, hält H. für unzuverlässig, da sie in einem seiner Fälle total erfolglos war. Auslöffeln stillt oft die Blutung vollständig, eventuell mit nachfolgender Jodbepinselung oder Jodoformtamponade.

Der Zungenkrebs wurde von Dandridge zum Gegenstand eingehender Besprechung gemacht, wobei D. mit Treves darin übereinstimmte, dass die Entfernung in der Regel vom Mund aus geschehen soll und die Blutung möglichst verhütet werden soll. Bei Erkrankung des Mundbodens oder ausgedehnter Drüsenaffection sollen die Einschnitte vom Hals aus gemacht werden. Die Methoden von Whitehead, Baker, Kocher, Volkmann wurden besonders geschildert und gelangte D. zu dem Schluss, dass die Erfahrung hinreichend erwiesen, dass die Zungenkrebsoperationen wesentlich das Leben der Kranken verlängern resp. ihren Zustand besser gestalten und eine gewisse Aussicht auf Definitivheilung geben. Vor allen Operationen sollten Mund und Zähne gut desinficirt werden. Bei Behandlung von Erosionen oder Geschwüren der Zunge soll man Caustica oder alle reizende Behandlung vermeiden, anhaltende der-

artige Affectionen soll man mit Scheere oder Messer entfernen. Der Vortheil halbseitiger Entfernung ist nicht klargestellt, doch spricht die bisherige Erfahrung zu Gunsten derselben bei einseitiger Erkrankung, dabei sollte Baker's Methode der stumpfen Trennung in der Raphe angewandt werden. Vorhergehende Tracheotomie bringt bei gewöhnlichen Fällen nur ein Moment weiterer Gefahr. Alle Operationen sollen möglichst vollständige Entfernung des Kranken anstreben. Sobald als möglich soll der Patient wieder aufstehen und möglichst gut genährt werden.

Gerster plaidirte mehr für die Tracheotomie, da sie die Operation radicaler machen lasse, ebenso Carmalt, da sie auch die Gefahr septischer Pneumonie nach Zungenkrebsoperation verringere.

Carmalt besprach die Zustände, die die Exstirpation des Augapfels nöthig machen.

Für die nächste Versammlung, die im Mai 1893 in Buffalo tagen soll, wurde N. Senn zum Präsidenten, Keen und B. Porter zu Vicepräsidenten gewählt. Schr.

## Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege.

Nachdem die XVIII. Versammlung, die vom 8.—11. September in Würzburg tagen sollte, der Choleragefahr wegen abgesagt wurde, lassen wir nachstehend die von den Referenten aufgestellten Leit- und Schlusssätze zu den einzelnen Punkten der Tagesordnung folgen:

Zu I.

### Die unterschiedliche Behandlung der Bauordnungen für das Innere, die Aussenbezirke und die Umgebung von Städten.

Referenten: Oberbürgermeister Adickes-Frankfurt a. M. und Oberbaumeister Professor Baumeister-Karlsruhe.

**Leitsätze** (nicht zur Abstimmung bestimmt).

1) Die rasche Bevölkerungszunahme der meisten, namentlich der grösseren deutschen Städte, und die ausserordentliche Bedeutung guter Wohnverhältnisse für die gesammte sociale Entwicklung lassen eine zweckentsprechende Anlage der neuen Stadttheile als eine Angelegenheit von grösster Wichtigkeit erscheinen.

2) Die für die meist engbebauten älteren Stadttheile erlassenen oder zu erlassenden baupolizeilichen Bestimmungen können naturgemäss wegen der nothwendigen Rücksichtnahme auf die einmal vorhandenen hohen Grundwerthe den Anforderungen der Gesundheitspflege und Socialpolitik nur in sehr beschränkter und bedingter Weise gerecht werden und sind daher an sich nicht geeignet, auf die neuen Stadttheile Anwendung zu finden, in denen es sich zum grössten Theil noch um reines Ackerland oder unfertiges Baugelände, im Uebrigen aber um dünner bebaute Grundstücke handelt.

3) Die diesen Erwägungen zuwiderlaufende, aber in fast allen Städten herrschende gleiche Behandlung der Altstadt und der neuen Stadttheile hat zugleich mit einer weit über das socialpolitisch zulässige Maass hinausgehenden Zusammendrängung der Bevölkerung die äusserste Ausnutzung des Baugeländes und — da die Bodenpreise wesentlich durch das polizeilich zugelassene Maass der Ausnutzung mitbestimmt werden — eine durchaus ungesunde Steigerung der Bodenpreise zur Folge gehabt, welche alle Versuche einer im allgemeinen Interesse dringend zu fordernden, weiträumigeren Gestaltung der neuen Bauquartiere auf das Aeusserste erschwert. Ausserdem wird durch die einfache Uebertragung der altstädtischen Bestimmungen eine den verschiedenen Anbaubedürfnissen (grössere und kleinere Wohnungen, Fabriken und kleinere gewerbliche Anlagen) entsprechende Eintheilung und Ausgestaltung der neuen Stadttheile gehindert.

4) Die an manchen Orten sich findenden Sonderbestimmungen über
a) sehr dicht bebaute ältere Grundstücke,
b) vereinzelte Baulichkeiten in der Umgebung,
c) bisher schon bebaute Plätze im Vergleich zu leeren,
d) Fabrikbezirke,
e) Bezirke mit offener Bauweise,
genügen nicht, um der Bevölkerung der neuen Stadttheile, namentlich den Unbemittelten, gute Wohnungsverhältnisse zu sichern; vielmehr bedarf es umfassender, zu einem einheitlichen Ganzen verbundener Sonderbestimmungen für die neuen Stadttheile, um durch dieselben im Anschluss an die Bebauungspläne und die von der Stadterweiterung nach Lage der örtlichen Verhältnisse zu lösenden Aufgaben, allen Bevölkerungsclassen ein weiträumiges und gesundes Wohnen zu sichern, und den verschiedenen Anbaubedürfnissen — soweit die Verhältnisse dies gestatten — in fest abgegrenzten Bezirken (Wohn-, Fabrik-, gemischten Vierteln) Rechnung zu tragen.

5) Insbesondere bedarf es energischer Vorschriften zur dauernden Verhinderung der übermässigen Ausnutzung der Baugrundstücke, sowohl durch angemessene Beschränkung der Gebäudehöhen, als durch Festhaltung genügender freier Hofräume und unter Umständen auch freier Räume zwischen Gebäuden (Bauwich), und zwar sollte der Umfang der unbebaut zu lassenden Grundstücktheile nicht auf ein allgemein bestimmtes Maass — $^1/_4$, $^1/_3$, $^1/_2$ u. s. w. — festgesetzt, sondern von der Zahl und Beschaffenheit der auf dem Grundstück anzulegenden Wohnungen abhängig gemacht werden; wobei unter Umständen Vorgärten und auch Theile breiterer Strassen mit zur Anrechnung gebracht werden könnten.

6) Die durch die Verhältnisse gebotenen Unterschiede in Bezug auf den Grad der zulässigen Baudichtigkeit lassen sich in der Regel nur mittelst fester Grenzen zwischen bestimmten Zonen oder Bezirken sichern, wobei nach Umständen Uebergangsbestimmungen für gewisse schon in die Bebauung hineingezogene Grundstücke vorzusehen sind.

7) Bei rationeller Gestaltung der Vorschriften über Feuersicherheit und constructive Festigkeit bedarf es keiner Abstufungen derselben für die einzelnen Stadttheile; es ergeben sich eben von selbst auf weiträumiger bebautem Gelände mannigfache Verbilligungen beim Bauen.

8) Zweckmässig sind Unterschiede in der Breite und Befestigung der Strassen, in der Behandlung von Vorräumen, sowie in der Construction etlicher Baugegenstände an und vor den Häusern. Desfallsige Anordnungen sind aber nicht nach Stadttheilen zu gliedern, sondern nach dem Charakter der einzelnen Strassen und Blöcke.

9) Unter neuen Stadttheilen im Sinne der Leitsätze (vergl. 2. 3. 4.) ist nicht nur das augenblicklich zur städtischen Gemarkung gehörige Gelände zu verstehen; vielmehr müsste alsbald das gesammte, in absehbarer Zeit in städtische Verhältnisse eintretende Gebiet von einheitlichen Gesichtspunkten aus, und zwar, insoweit eine entsprechende Erweiterung der städtischen Gemarkung unthunlich ist, vermittelst Zusammenwirkens aller zuständigen Behörden, den vorerwähnten baupolizeilichen Beschränkungen unterworfen werden.

10) Ausser den baupolizeilichen Vorschriften sind vielfach privatrechtliche Vereinbarungen und Bestimmungen über Bebauung und Benutzung bestimmter Bezirke oder Baublöcke empfehlenswerth, weil dieselben eine grössere, den Bedürfnissen genau angepasste Individualisirung und weitergehende Beschränkungen (z. B. Ausschluss von Etagenwohnungen, von Wirthschaften u. a. m.) gestatten.

11) Die hier geforderten Sonderbestimmungen für die neuen Stadttheile sind nach Maassgabe des Landesrechtes durch Gesetz, Verordnung oder Ortsstatut herbeizuführen.

Landesgesetzliche Ausführungsbestimmungen zur Gewerbeordnung (§ 23a) würden zwar in einigen Beziehungen den Erlass von Vorschriften über Fabrikviertel erleichtern, sind aber keine Vorbedingung für Einführung dieser Sonderbestimmungen durch Polizeiverordnung.

12) Zur leichteren Erschliessung von Baugelände ist der Erlass gesetzlicher Bestimmungen, durch welche die Durchführung von Bebauungsplänen, unter zweckmässiger Zusammenlegung der Grundstücke, auch gegen den Willen Einzelner ermöglicht wird, dringend erwünscht.

Zu II.

### Reformen auf dem Gebiete der Brodbereitung.

Referent: Prof. Dr. K. B. Lehmann-Würzburg.

**Schlusssätze.** (Nicht zur Abstimmung bestimmt.)

1) Der Zustand des Brodes ist, von Hungerjahren und besonders armen Gegenden abgesehen, in den meisten Theilen von Deutschland als ein leidlicher, in den meisten Städten als ein guter zu bezeichnen, nur in den Schrotbrod verzehrenden Gegenden herrschen vielfach noch sehr schlechte Verhältnisse. Die Fehler des Schwarzbrodes sind am häufigsten:
1. Herstellung aus ungenügend gereinigtem Getreide;
2. Ungenügende Zermahlung des Getreides;
3. Ungenügende Abscheidung der Kleie;
4. Zu starke Säuerung des Brodteigs; der Nachtheil der starken Säuerung ist allerdings vielfach überschätzt, und es muss zugegeben werden, dass die Nachtheile der Säuerung zum Theil von bisher nicht gewürdigten Vortheilen mehr als ausgeglichen werden können.

2) Die Vermeidung der erwähnten Fehler ist leicht:
1. Bei einiger Sorgfalt lassen sich die Unkräuter selbst auf Landmühlen annähernd vollständig entfernen; dieselben sind nicht werthlos, sondern geröstet ein gutes Viehfutter. Der Handel mit den abgeschiedenen Unkräutern bedarf staatlicher Aufsicht.
2. und 3. Mit Hilfe des Uhlhorn'schen Decorticationsverfahrens lässt sich eine Entfernung der verholzten Kleie und damit eine höchst wesentliche Verbesserung der Appetitlichkeit und Ausnützbarkeit des Brodes aus ganzem Korn erzielen, ein gutes Zermahlen befördert die Ausnutzbarkeit weiter.
4. Die zu starke Säuerung ist einfach durch kürzere Gährungsdauer zu verhüten.

3) Von weiteren Vorschlägen zur Verbesserung oder Verbilligung des deutschen Brodes verdienen namentlich folgende Beachtung:
1. Der Anbau stickstoffreicher Getreidesorten;
2. Die Verwendung von Mais;
3. Die Verwendung von Aleuronat nach Hundhausen.

4) Am leichtesten werden capitalkräftige Brodfabriken bahnbrechend auf dem Gebiete der Brodverbesserung vorgehen und eingebürgerten Missbrauch beseitigen können. Die Hygiene hat also ein grosses Interesse an ihrem Entstehen.

Zu III.

**Die Grundsätze richtiger Ernährung und die Mittel, ihnen bei der ärmeren Bevölkerung Geltung zu verschaffen.**

Referent: Privatdocent Dr. Ludwig Pfeiffer-München.
Correferent: Stadtrath Fritz Kalle-Wiesbaden.

**Schlusssätze des Correferenten.** (Nicht zur Abstimmung bestimmt.)

Als Mittel, die Ernährung der ärmeren Bevölkerung, welche vielfach, besonders in den Industriestädten, den natürlichen Anforderungen nicht entspricht und deshalb zu schweren Schäden führt, rationeller zu gestalten, empfehlen sich folgende Maassregeln:

1. Verbesserung der Kost derjenigen Personen, welchen diese geliefert wird, also besonders der Soldaten, der Insassen geschlossener Anstalten verschiedener Art und der Kostgänger von Arbeiter-Menagen, Volksküchen u. s. w.;

2. Erleichterung und Verbilligung der Beschaffung von gesunden, nährkräftigen Lebensmitteln, insbesondere von Seefischen, Producten der Milchwirthschaft und leichtverdaulichen proteinreichen Nahrungsmitteln;

3. Belehrung und Anregung zur Selbsthilfe.

Hierbei ist in's Auge zu fassen:

a) Mündliche Belehrung durch Arbeitgeber, Aerzte und andere Vertrauenspersonen, sowie die Abhaltung von Vorträgen in Volksbildungs- und ähnlichen Vereinen;

b) Verbreitung leichtverständlicher kleiner Druckschriften;

c) Einrichtung von Kochschulen für arme Mädchen, in welchen neben praktischem auch theoretischer Unterricht ertheilt wird;

d) Weckung des Verständnisses für die Bedeutung richtiger Ernährung durch den Volksschulunterricht. Und zwar kann dies geschehen, ohne dass man genöthigt wäre, die Ernährungslehre als besonderes Unterrichtsfach zu behandeln, indem man die sich bei dem Unterricht in den jetzt eingeführten Fächern darbietenden Gelegenheiten benutzt, die Kinder über das Nährstoffbedürfniss des Menschen und den Nährstoffgehalt der wichtigsten Volksnahrungsmittel, sowie deren Preise aufzuklären.

Zu IV.

**Vorbeugungsmaassregeln gegen Wasservergeudung.**

Referent: Wasserwerkdirector Kümmel-Altona.

**Schlusssätze.** (Nicht zur Abstimmung bestimmt.)

1) Die meisten Wasserwerke erleiden grosse Verluste durch Vergeudung von Wasser, veranlasst durch Sorglosigkeit und Missbrauch der Abnehmer, insbesondere durch Brüche und Undichtigkeiten der Leitungen und Versorgungsanlagen in den Grundstücken der Abnehmer.

Diese Vergeudung ist ein reiner Verlust, sie gefährdet bei knappem Wasserzufluss die ausreichende Versorgung und erhöht in vielen Fällen den Preis des Wassers, ohne dem Einzelnen oder der Gesammtheit irgendwie zu nützen.

2) Die Vergeudung ist dort am grössten, wo das Wasser nicht nach Maass, sondern auf Grund einer Schätzung den Abnehmern nach deren freiem Ermessen geliefert wird.

3) Es ist deshalb den Wasserwerken zu empfehlen, neben einer verschärften Controle der häuslichen Wasseranlagen zur Lieferung nach Maass überzugehen, trotz der Bedenken, die vom Standpunkte der Gesundheitspflege wegen der möglicherweise herbeigeführten Beschränkung des Wasserverbrauches erhoben werden müssen, und trotz der Mängel, die den Messapparaten noch anhaften. Die Bedenken der Gesundheitspflege lassen sich im Wesentlichen beseitigen durch die Feststellung eines unter allen Umständen zu bezahlenden Mindestverbrauches, der nach einem Erfahrungssatze zu ermitteln und als feste Wasserabgabe ohne Rücksicht auf den wirklichen Verbrauch zu erheben sein würde.

(Schluss folgt.)

# Verschiedenes.

(Automatischer Tampon-Irrigatoransatz bei Cholera etc.) In neuerer Zeit hat man angefangen, gegen eine Anzahl von Infectionskrankheiten des Darms durch desinficirende oder curativ wirkende Einläufe vorzugehen, und die Erfolge des neuen Verfahrens sind bisher sehr ermuthigende gewesen. Vielleicht wären die erzielten Resultate noch besser ausgefallen, wenn man sich eines Instrumentes dabei hätte bedienen können, wie es der neue automatische Tampon-Irrigatoransatz darstellt.

Bekanntlich sucht man bei den erwähnten Einläufen eine möglichst reichliche Menge Flüssigkeit in den Darm einzuführen und unter Umständen so lange als möglich darin zu belassen. Zwei Momente bildeten jedoch hierbei ein nicht zu umgehendes Hinderniss, nämlich die Peristaltik des Darms — denn auf das Eintreten der entgegengesetzt wirkenden konnte man sich doch nie verlassen — und die bei solchen Patienten verminderte Energie des Sphincter ani, besonders Flüssigkeiten gegenüber. Infolge dessen war man nur im Stande, verhältnissmässig sehr geringe Mengen einzuführen, ein Nachtheil, der nicht nur bei der Darmantisepsis, sondern auch z. B. bei der künstlichen Ernährung per anum als schwerwiegend empfunden wurde; und selbst diese geringen Mengen vermochten die Kranken häufig nur schwer zurückzuhalten, auch wenn man sie in der hierbei üblichen Vielen unbequemen Weise lagerte.

Die behufs Beseitigung obiger Missstände vom Verfasser und seinem Vater, prakt. Arzt in Liegnitz, angestellten Versuche führten zur Construction des den Darm selbstthätig verschliessenden Tampon-Irrigatoransatzes.

Der mit dem Irrigatorschlauch durch einen Verschlusshahn in Verbindung stehende Ansatz besteht aus drei Theilen. Der mittlere ist nur an den Enden ausgebohrt und münden die Bohrlöcher an entgegengesetzten Seiten nach aussen. Ueber diesen Theil wird zum Gebrauch ein Gummiballon gezogen, so dass seine Ränder beiderseits dem Gewinde aufsitzen; auf diese Gewinde werden die beiden Aussenstücke aufgeschraubt und klemmen hierbei die etwas verstärkten Ränder des Ballons zwischen wallartigen Ringen fest.

Bei der Einführung des Ansatzes kann man sich ev. eines schwachen Speculums bedienen, welches nachher zu entfernen ist.

Entsprechend der punktirten Linie durchströmt die einzuführende Flüssigkeit den Ansatz nur etwa bis zur Mitte, um hier durch eine seitliche Oeffnung in den Ballon zu treten, diesen aufzublähen, so dass er das ganze Lumen des Darms ausfüllt, und erst dann durch die andere Oeffnung in das Rohr zurückkehrend den Darm selbst zu füllen. Durch den zur Verwendung gelangenden Druck bleibt natürlich der Ballon ausgedehnt und der ganze Dickdarm füllt sich mit Flüssigkeit. Von hier aus tritt dieselbe nun leichter als bei den bisherigen Methoden in den übrigen Darm über. Ja, vielleicht lässt sich jetzt die erwünschte Antiperistaltik mit Sicherheit erwarten, nach der Erfahrung, dass sie bei starkem Durchfall sehr bald einzutreten pflegt, wofern der Patient den Sphincter ani einige Minuten festgeschlossen zu halten vermag. Es dürfte infolge dessen nicht schwer fallen, den Darm in seiner ganzen Ausdehnung mit dem neuen Ansatz in weit vollkommenerer Weise als bisher zu bespülen und auf die an Cholera, Thyphus, Tuberculose etc. erkrankten Schleimhautpartien medicamentös einzuwirken.

Nebenbei sei erwähnt, dass der Tampon-Irrigator noch eine andere wichtige Aufgabe erfüllen dürfte, nämlich in der Frauenheilkunde als Scheidespülapparat zu dienen. Die bisher hierbei angewandten Mittel waren mit den verschiedensten Mängeln behaftet; konnte doch selbst das vollkommenste Instrument, das durchlöcherte Speculum, nur im Sitzbade mit einigem Vortheil verwendet werden, und gerade dieses wurde aus triftigen Gründen nur ungern verordnet. Bei Anwendung des neuen Ansatzes verschliesst der Gummiballon den Scheideneingang und nun kann man durch gesteigerten Druck den Innenraum vollständig mit Flüssigkeit füllen, so dass endlich die ganze Schleimhaut getroffen wird. Man kann auch die Flüssigkeit durch häufigen Wechsel stets warm oder kühl erhalten und, ein Umstand, der nicht zu unterschätzen ist, die Kranken können dabei in völliger Ruhelage verharren.

Es ergiebt sich aus Obigem, dass der zum Patent angemeldete Ansatz eine empfindliche Lücke in der Behandlung zahlreicher Krankheiten ausfüllen dürfte. Die alleinige Fabrikation hat die Leipziger Gummiwaarenfabrik vorm. Jul. Marx, Heine u. Cie. übernommen, von welcher das Instrument durch jede Gummiwaarenhandlung zu beziehen ist. Cand. med. Lueddeckens-Leipzig.

(Choleraimmune Orte.) Dass ängstliche Gemüther die beste Choleraprophylaxe immer noch in der Choleraflucht erblicken, beweist der massenhafte Exodus Hamburger Bürger aus jener Stadt. So viele Bedenken dem Flüchten aus verseuchten Orten auch entgegenstehen, so lässt sich dasselbe doch nicht verhindern; man muss sich darauf beschränken, den Strom der Fliehenden möglichst in solche Orte zu leiten, die erfahrungsgemäss der Verbreitung des Cholerakeimes keinen günstigen Boden gewähren. In seinem Werk „Zum gegenwärtigen Stand der Cholerafrage" (München, Oldenbourg, 1887) führt v. Pettenkofer eine Anzahl solcher choleraimmuner Orte auf und da deren Kenntniss vielen Collegen zur Zeit willkommen sein dürfte, theilen wir den betreffenden Passus im Wortlaut mit:

„Gleichwie es in Indien Gegenden und Orte giebt, welche sich in ihrer Disposition für Cholera constant unterscheiden, so findet sich das Gleiche auch bei uns, sobald man nur anfängt, danach zu suchen, ja bei uns, wo die Statistik noch mehr in's Einzelne getrieben worden ist, findet man selbst in ein und demselben Orte sehr häufig Stellen, welche sich bei jeder Epidemie so immun wie Lyon und Multan zeigen; ich erinnere nur an Traunstein rechts und links von der Schrödelgasse, an Nürnberg diesseits und jenseits der Pegnitz, an Haidhausen bei München und Berg am Laim auf und unter der Lehmschwarte u. s. w.

Ich erinnere auch an die so spärliche Verbreitung der Cholera in Sachsen, an die constante Immunität der Stadt Freiberg, an die minimale Empfänglichkeit der grossen Stadt Dresden, die doch ein Knotenpunkt des Verkehrs auf den Eisenbahnen und auf den Elbeschiffen ist, wie es Günther in seinen Berichten an die Choleracommission für das deutsche Reich dargethan hat.

In dem preussischen Regierungsbezirke Oppeln, der seit 1832 so oft von Cholera heimgesucht worden ist, hat Pistor 26 immun gebliebene Orte namhaft gemacht, darunter die Städte Falkenberg, Pless, Nikolai, Rybnik und Lublinitz.

Wie gross ist nicht in Bayern die Zahl der immun gebliebenen Orte und Städte, ebenso in Württemberg, Baden, Hessen, Rheinpreussen, Westphalen u. s. w.

Auch für die Epidemien von Abdominaltyphus giebt es eine ört-

liche und örtlich zeitliche Disposition, auch immune oder immun gewordene Orte, aber bei weitem nicht in einer solchen Anzahl, wie bei der Cholera. Städte wie Lyon, Stuttgart, Würzburg, Darmstadt, Frankfurt a. M., welche noch nie Choleraepidemien hatten, sind zeitweise von heftigen Typhoidepidemien heimgesucht worden.

Wie auffallend ist die Abnahme der Cholerafrequenz von den Ebenen gegen das Gebirge zu! Städte wie Salzburg, Innsbruck und Bozen werden zu Cholerazeiten ebenso von Choleraflüchtigen aus Oesterreich und Süddeutschland aufgesucht, wie Lyon von Choleraflüchtigen aus Frankreich, von welchen stets einige erkranken und sterben, und noch nie wurden diese Zufluchtsorte epidemisch ergriffen. Die Bodenbeschaffenheit dieser Städte schliesst eine epidemische Entwickelung nicht aus. Ein grosser Theil der Häuser von Salzburg und Innsbruck liegt auf den Flussgeschieben der Salzach und des Inns, wie München auf dem Isargerölle. Salzburg, meinte man im Jahre 1873, könnte seinen Ruf der Immunität verlieren. Vom 13. August bis 14. October 1873 kamen in Salzburg 19 Cholerafälle vor, von denen nur 8 von aussen, von Choleraorten, zugereist waren, mithin 11 als in Salzburg selbst entstanden angenommen werden mussten, und 5 davon sogar in einem Armenquartier. Vom 1. bis 26. Februar 1874 erhob die Krankheit ein zweites Mal ihr Haupt und verursachte 9 Fälle, von welchen ein einziger sich die Cholera möglicherweise auswärts geholt haben konnte: 6 Fälle (1 männlicher und 5 weibliche) trafen auf ein Krankenhaus, auf das St. Johannisspital, wo also eine kleine Hausepidemie war, ähnlich wie 1849 im Hôtel Dieu und im Militärspital zu Lyon, oder im Juliusspitale zu Würzburg 1866 und 1873.

Als sich diese Spuren der Cholera in Salzburg zeigten, gewahrte man dieselben auch in dem benachbarten Badeort Reichenhall, wo im August einige Fälle unter den Badegästen grossen Schrecken hervorriefen. Aber sowohl in Reichenhall als auch in Salzburg erfolgte 1873/74 keine epidemische Verbreitung, so dass die Immunität der beiden Städte unerschüttert blieb und sich auf's Neue bewährte.

Die Immunität vieler Orte gegen epidemische Cholera, wenn die Krankheit auch vielfach und wiederholt — wie man sich gewöhnlich ausdrückt — eingeschleppt wird, das ist, wenn auch Cholerakranke hinkommen und sterben, ist eine epidemiologische Thatsache, welche feststeht und contagionistisch nicht erklärt werden kann."

(Ueber Koch- und Trink-Geschirre aus Aluminium) wurden im hygienisch-chemischen Laboratorium der militärärztlichen Bildungsanstalten zu Berlin von Dr. Plagge Versuche gemacht, welche ergaben, dass das Metall weder durch Kaffee, noch durch Essigwasser, Bier, Wein, Citronenlimonade etc. alterirt wird, vorausgesetzt, dass die Gefässe vor ihrer Verwendung gut gereinigt sind. Nur Cognac bewirkte bei längerer Aufbewahrung in Aluminium-Flaschen an der Innenwand schwarzbraune Flecken, die als gerbsaures Aluminium erkannt wurden und von denen aus der Cognac eine schmutzigbraune Färbung annehmen kann. Auch bei längerer Aufbewahrung von Trinkwasser bildeten sich weisse Flecken von Thonerdesalzen, die aber ohne Bedeutung und beim Reinigen der Fleischen leicht zu entfernen sind. Auch als Kochgeschirre bewährten sich die Aluminium-Gefässe sehr gut, so dass die Verwendung dieses Metalls zu Feldflaschen und Kochgeschirren beim Militär empfohlen werden kann. (Deutsche militärärztl. Zeitschrift.)

### Therapeutische Notizen.

(Abortivbehandlung des Trippers.) Aus einer ausführlichen Arbeit von Janet „Diagnostic et traitement de l'uréthrite blenorrhagique" (Annales des maladies des org. gén.-ur. 1892, 4 u. 6), die zum Studium dringend empfohlen werden kann, entnehmen wir die Methode, welche der Autor zur Abortivbehandlung der Gonorrhoe verwendet. Er verwirft die früher geübte Methode mit Höllensteinlösungen, glaubt aber nach seinen Erfahrungen einen grossen Erfolg aus der Behandlung mit übermangansaurem Kali voraussagen zu können. Das übermangansaure Kali hat nach J. die merkwürdige Eigenschaft, dass es eine seröse Exsudation aus der Urethra anregt und das Wachsthum der Gonococcen sofort zum Aufhören bringt: in dem serösen Ausfluss lassen sich schon nach der ersten Ausspülung mit einer dünnen Lösung keine Gonococcen mehr nachweisen; dieselben treten erst wieder auf, wenn die seröse Secretion wieder einer eitrigen Platz macht.

Das Verfahren des Verfassers gestaltet sich nun folgendermaassen: Wenn eine Gonorrhoe in ihrem ersten Beginn diagnosticirt ist, so wird alsbald, nachdem der Kranke Urin gelassen hat, die Harnröhre mit einem Liter einer 1/2 pro mille Lösung von übermangansaurem Kali ausgespült. Bei dieser ersten Ausspülung verfährt man in der Weise, dass man die einzelnen Theile der Urethra von vorn nach hinten abspült (durch Comprimiren der Urethra hinter den einzelnen Theilen). Nach der Ausspülung wird das Orificium externum mit einem in dieselbe Lösung getauchten Wattepfropf verschlossen. Zwei Stunden nach der Ausspülung tritt schon der genannte seröse Ausfluss ein: die Gonococcen sind verschwunden und dürfen, wenn die Behandlung richtig geleitet wird, nicht wiederkehren.

Fünf Stunden nach der ersten Ausspülung erfolgt dann die zweite mit einer Lösung von 1 : 1500. Die erste Ausspülung war nicht über den Bulbus hinausgegangen, bei der zweiten wird auch die Pars bulbosa mit ausgespült. Nach wieder 5 Stunden folgt die 3. Ausspülung mit einer 1 pro mille Lösung. Die 2. und 3. Ausspülung sind etwas schmerzhaft. Nunmehr lässt man dem Kranken 12 Stunden lang völlige Ruhe. Die Urinentleerung ist in dieser Zeit ziemlich schmerzhaft; um Blutungen aus der ödematösen Schleimhaut zu vermeiden, soll der Kranke immer Tropfen für Tropfen uriniren.

Nach Ablauf der 12 Stunden macht man wiederum eine Ausspülung der Urethra mit einer 1/2 pro mille Lösung und nach wieder 12 Stunden eine weitere. Die Ausspülungen sind jetzt nicht mehr schmerzhaft und werden noch 4 Tage lang alle 12 Stunden vorgenommen. Darnach kann man nach Bedarf noch 2 Tage lang je eine Ausspülung vornehmen.

Bei aller Unbequemlichkeit für den Kranken soll dies Verfahren einen hohen Grad von Sicherheit bieten; sollte es wirklich eine Abortivbehandlung der Gonorrhoe bedeuten, so wäre es ja auf das Freudigste zu begrüssen, und die mancherlei Unbequemlichkeiten würden nicht in Betracht kommen. Kr.

(Zur Therapie der Cholera.) Da bei der Cholera die Aufnahme von Medicamenten durch das Erbrechen erschwert wird, so empfiehlt Rosenbach (Berl. klin. W. No. 36 1892) die Einverleibung des Hauptmittels, des Opiums, durch subcutane Injection: Extract. Op. 0,5 : 10,0, 1—2 Spritzen zu injiciren. Die Einspritzungen seien sehr wirksam und nicht schmerzhaft.

P. Guttmann empfiehlt (ibid.) 2/3 proc. Kochsalzinfusionen, „welche wenigstens das bewiesen, dass der Puls sich hiernach bessert. Ihre Ausführung ist so einfach, dass sie jedem Arzte möglich ist."

Zur Behandlung des algiden Stadiums empfiehlt Dr. S. Mayländer (ibid.) die besonders auf Hebung der Herzthätigkeit hinzielende Methode des Dr. Giacich in Fiume, die in innerlicher Darreichung von Ammoniak 1 : 500, subcutanen Injectionen von Aether sulfur. 1 : 10 und reichlichem Genuss von Alcoholicis besteht. Dieses Vorgehen war oft von einem überraschenden Erfolg begleitet; schon nach zwei Stunden trat eine merkliche Besserung im Zustande der Kranken ein; die unter die Norm gesunkene Temperatur begann zu steigen; der Puls hob sich und wurde voller, die Athmung ward ruhiger und tiefer, der Gesichtsausdruck freier, lebhafter, kurz, es trat vollkommen Genesung ein. Zur Nachbehandlung erwiesen sich wieder Bäder von 28° R. als sehr erspriesslich. In dieser Weise sollen mehr als 50 Proc. der im algiden Stadium sich bereits befindenden Kranken gerettet worden sein.

(Gegen chronisches Ekzem) empfiehlt Lanara Behandlung der ergriffenen Hautstelle einmal des Tages mit grüner Seife und Entfernung aller Krusten; hierauf werden Fomentationen mit einer Mischung aus Tinctura Filic. mar. alcoholica 30,0, Alcohol rectif. 15,0, Tinctura Myrrhae und Pulvis Opii puri āā 4,0 vorgenommen. Die durch diese Umschläge hervorgerufene leichte Irritation schwindet rasch wieder und die Production von Bläschen hört nach 10—20 Tagen auf. Die Heilung ist manchmal schon nach 14 Tagen eine vollständige. (Riforma med.)

## Tagesgeschichtliche Notizen.

**München**, 6. September. Wie bereits in der vorigen Nr. mitgetheilt, hat die Vorstandschaft der Gesellschaft deutscher Naturforscher und Aerzte beschlossen, die diesjährige Versammlung in Nürnberg mit Rücksicht auf die Choleragefahr ausfallen zu lassen. Gleichen Beschluss fasste die Vorstandschaft des Deutschen Vereins für öff. Gesundheitspflege betreffs ihrer Versammlung in Würzburg. Der Preussische Medicinalbeamten-Verein hat seine diesjährige Hauptversammlung vorläufig vertagt. Auch der 4. internationale Antialkoholcongress, der in Amsterdam zusammentreten sollte, die VII. Conferenz für das Idiotenwesen in Berlin und mehrere andere Veranstaltungen fallen aus der gleichen Ursache aus.

— Die k. Polizeidirection München hat die Anzeigepflicht der Aerzte auch auf alle choleraverdächtigen Fälle (Cholerine, Cholera nostras) ausgedehnt.

— Prof. Dr. Hueppe aus Prag ist nach Hamburg berufen worden, um die Leitung einer Abtheilung im allgemeinen Krankenhause zu übernehmen und, dem Wunsch der Behörden gemäss, die hygienischen Schutzmaassregeln zu überwachen.

— Cholera-Nachrichten. Auf ihrem ursprünglichen Herd macht die Cholera beständig, wenn auch mit geringerer Intensität als anfänglich, Fortschritte, jedoch ist es bei den so sehr widersprechenden Nachrichten schwer, sich bereits jetzt ein klares Bild von dem Verlauf der ganzen Epidemie in Russland zu machen. Das Gouvernement Nowgorod, das zwischen den bereits früher befallenen Gouvernements Twer und Petersburg liegt, also offenbar von der Cholera zuerst übersprungen wurde, wurde neuerdings ebenfalls von der Epidemie ergriffen, ausserdem ist die Cholera auch in Kronstadt constatirt worden. In Lublin (Polen), dessen Ergriffensein schon in der vorigen Woche gemeldet wurde, ist der epidemische Ausbruch bisher noch beschränkt geblieben; eine Ausbreitung über das übrige Gebiet von Polen hat nicht stattgefunden. Ebenso wenig erfolgte bis zur Stunde eine Verbreitung nach Galizien; in Lemberg kamen am 1. September 3 Choleraerkrankungen vor. In Südostrussland dagegen, soweit es überhaupt noch heftiger epidemisch ergriffen ist, macht sich auch heute noch keine wesentliche Abnahme bemerkbar. Die täglichen Erkrankungs- und Sterbefälle betragen

| | 27. Aug. | 29. Aug. | 30. Aug. |
|---|---|---|---|
| für das Gouv. Samara | 501 (302) | ? | 547 (256) |
| „ „ „ Saratow | 530 (253) | ? | 245 (106) |
| „ „ „ Rjärsan | 200 (82) | ? | ? |
| „ „ „ Tambow | 419 (191) | ? | ? |
| „ „ „ Jekaterinoslaw | 970 (560) | ? | ? |
| „ „ Dongebiet | 823 (556) | 621 (296) | ? |
| „ „ Gouv. Stawropol | ? | 459 (134) | ? |
| „ „ „ Woronesch | ? | ? | 582 (524) |

Leider stehen für die meisten Gouvernements die Zahlenangaben aus.

In Persien herrscht die Cholera mit unverminderter Heftigkeit fort, in Täbris sind ihr bis 19. August ungefähr 1000 Menschen erlegen, in Teheran am 30. August ca. 200 Menschen, ferner ist die Cholera aufgetreten in der Nähe von Jspahan und sehr heftig in Hamadan und Kazvin.

Höchst launisch benimmt sich die Cholera im Westen unseres Continents. Nach dem ursprünglichen heftigen Ausbruch in der Umgebung von Paris ist eine deutliche Abnahme eingetreten, jedoch bis jetzt noch kein völliges Erlöschen constatirt, vielmehr zettelt sich die Seuche von Ort zu Ort und von Tag zu Tag fort. Die sehr unzuverlässigen Nachrichten (meist nicht amtlich) melden aus Paris am 31. August 21 Erkrankungen, 10 Todesfälle, 1. Sept. 12 Erkr., 3 Todesf., 2. Sept. 59 Erkr., 42 Todesf.; aus dem schwerer ergriffenen le Havre am 28. August 71 Erkr., 25 Todesf., 29. Aug. 71 Erkr., 17 Todesf., 30. Aug. 65 Erkr., 32 Todesf., 31. Aug. 59 Erkr., 19 Todesf., 1. Sept. 50 Erkr., 15 Todesf., 2. Sept. 43 Erkr., 12 Todesf. Ferner kamen Cholerafälle vor in Dünkirchen 4, Lille 4, Rouen 2, 1 †, Saint Quen 5, 1 †, Saint Vaast 2, 1 †, le Maas 3 †, Pontoise 4 †, Oissel u. s. w.

In Belgien wurden choleraverdächtige und wirkliche Cholera-erkrankungen beobachtet in Brüssel, Brügge, Mecheln; zahlreichere Fälle kamen vor in Antwerpen (bis 1. Sept. angeblich insgesammt 55 Erkrankungen, 19 Todesfälle).

Noch hat man aber kein Recht von einem epidemischen Auftreten der Cholera in Belgien zu sprechen, ebenso wenig, wie die vereinzelten Fälle in Holland, England, die zumeist nur in den Hafenstädten zur Beobachtung kamen, als Symptome einer Infection dieser Länder zu deuten sind.

Unter den zahlreichen Cholerafluchtlingen aus Hamburg und namentlich unter den Arbeitern, die jetzt aus Mangel an Arbeit Hamburg verlassen, müssen naturgemäss solche sein, die sich bereits inficirt haben, bei denen der Ausbruch der Cholera aber erst bei der Ankunft an dem nächsten Reiseziel erfolgt. Trotzdem wurden von den verschiedenen Staaten bereits Holland und England, welch letzteres seit 1866 keine Choleraepidemie mehr durchzumachen hatte, für verseucht erklärt. Auf diese Weise werden bald alle Staaten cholerakrank sein, und das hat wenigstens den Vortheil, dass die ohnehin unwirksamen Quarantainen wieder überflüssig werden.

Ueber die Cholera in Hamburg liegen jetzt zuverlässige amtliche Nachrichten vor. Nach den Bekanntmachungen der Hamburger Behörden gelangten zur Kenntniss folgende Cholerafälle:

| | Erkrankungen | Todesfälle |
|---|---|---|
| am 18. August | 16 | 2 |
| „ 19. „ | 19 | 8 |
| „ 20. „ | 34 | 16 |
| „ 21. „ | 51 | 12 |
| „ 22. „ | 137 | 63 |
| „ 23. „ | 178 | 96 |
| „ 24. „ | 278 | 93 |
| „ 25. „ | 421 | 165 |
| „ 26. „ | 590 | 251 |
| „ 27. „ | 616 | 366 |
| „ 28. „ | 562 | 277 |
| „ 29. „ | 514 | 207 |
| „ 30. „ | 357 | 161 |
| „ 31. „ | 115 | 61 |
| zusammen | 3888 | 1778 |

nach den bis 1. September Mittags eingelaufenen Anzeigen; das ist, wenn man die Einwohnerzahl von Hamburg zu rund 595000 annimmt, eine Morbidität von 6,5 und eine Mortalität von 3 pro mille. Die obigen Zahlen weichen von den früher gebrachten vielfach ab, was sich aus der Verspätung vieler Meldungen erklärt.

Ebenfalls epidemisch, wenn auch viel milder, herrscht die Cholera in Hamburgs Nachbarstadt Altona. Nach den Mittheilungen des Reichsgesundheitsamtes erkrankten, bezw. starben an Cholera in Altona

am 28. August 35 (15)
„ 29. „ 20 (8)
„ 30. „ 27 (22)

Ferner kamen zahlreiche Cholerafälle zur Anzeige aus den preussischen Regierungsbezirken Stade, Lüneburg, Schleswig, die mit Hamburg epidemisch ergriffen zu sein scheinen. Vereinzelte aus Hamburg zugereiste Personen erkrankten in Magdeburg, Hildesheim, Hannover, Greifswald, Ruda (Posen) u. a. P.

— Man schreibt uns aus Hamburg: Am 29. v. Mts. war die Bürgerschaft zu einer Extrasitzung vom Senat einberufen worden. Einziger Gegenstand der Tagesordnung bildete ein dringender Senatsantrag zur Bewilligung von M. 500,000 zur Bestreitung der durch die Maassregeln gegen die Cholera entstehenden Kosten. Aus der bei dieser Gelegenheit vom Chef der Polizei- und Medicinalbehörde, Senator Hachmann, gehaltenen Rede dürften die folgenden Angaben auch für die Leser dieser Zeitschrift von Interesse sein.

Der erste Bericht des Medicinalraths Dr. Kraus an das Medicinalcollegium über eine hierorts ausgebrochene Cholera-Epidemie datirt vom 22. August, nachdem am 17. eine Erkrankung mit choleraverdächtigen Erscheinungen constatirt war, die sich aber bei bakteriologischer Untersuchung nicht als asiatische Cholera herausstellte. Die ersten Fälle dieser letzteren datiren vom 18. und 19. August. Wenn behauptet wird, die Cholera asiatica sei viel länger schon hier in Hamburg gewesen, so beruht dies nicht auf Wahrheit. Die Meldung an das Reichsgesundheitsamt erfolgte denn auch noch am 22. August abends, worauf am 23. Dr. Koch und Rahts hier eintrafen. Ueber den möglichen Verlauf der Epidemie soll Koch sich dahin geäussert haben, dass dafür 2 Möglichkeiten vorlägen. Er sagte, es gebe solche, die in leichten Wellen langsam aufstiegen, dann auf einem breiten Höhepunkt längere Zeit stehen blieben und endlich langsam wieder abstiegen; ferner andere mit rapidem Aufstieg bis zu einem steilen Höhepunkte, von dem der Abfall dann auch wieder rasch erfolge. Koch glaubt, unser Fall gehöre zu der letztern Art; da er sich rasch, gewissermaassen vulcanisch entwickele, werde er voraussichtlich auch ebenso rasch wieder abnehmen. Welcher Zeitpunkt für die Abnahme wahrscheinlich sei, könne er natürlich nicht voraussagen.

Für die Behörden handelte es sich zur Bekämpfung der Seuche wesentlich um 3 Aufgaben: 1) um Maassregeln, die der weiteren Verbreitung der Cholera vorbeugten, 2) um ihre Bekämpfung in den Fällen, wo sie auftrat und 3) um das Transportwesen. Allen drei Aufgaben ist nach Möglichkeit gerecht geworden.

Die Zahl der Erkrankungen hat bis zum 29. August stetig zugenommen. Die durch die Transportwagen aufgenommenen Fälle betragen im Ganzen 3403 (2335 Kranke, 1068 Leichen); bei der Medicinalbehörde gemeldet waren bis dahin 2962 Fälle, also annähernd die gleiche Zahl.

Zum Schluss hob Herr Hachmann noch hervor, dass ein nachweisbarer Zusammenhang zwischen den russischen Auswanderern und der Epidemie nicht vorliegt. Seit 6 Wochen schon waren alle hier aus Russland eintreffenden Auswanderer in dem auf dem andern Elbufer errichteten Asyl, wohin sie direct von der Bahn unter steter ärztlicher Controle gebracht worden, völlig isolirt, und auch die mit ihnen in Berührung kommenden Personen standen unter steter ärztlicher Controle. Es war auch unter ihnen erst am 29. August zuerst ein einziger Fall von Erkrankung mit choleraähnlichen Erscheinungen vorgekommen, so dass man also nicht behaupten kann, sie hätten uns die Cholera gebracht.[1]

Bis heute (3. September) ist eine wesentliche Abnahme der Epidemie nicht zu constatiren, wenn auch der Höhepunkt überschritten zu sein scheint. Die Gesammtzahl der gemeldeten Erkrankungsfälle beträgt bis 1. September (Mittags 12 Uhr) 4514, die der Todesfälle 1894. Das Maximum von 621 Erkrankungen mit 366 Todesfällen vom 27. August wurde bisher nicht wieder erreicht.

Eine grosse Calamität bildet noch immer die Desinfectionsfrage, besonders in Wohnungen von Cholerakranken. Ausser den Angestellten der Polizeibehörde, welche auf Erfordern sofort in die aufgegebenen Wohnungen gehen und dort ihre Thätigkeit entfalten, haben sich jetzt auch einige Bürgervereine der Vororte zusammengethan, um mit Hülfe einiger, meist jüngerer Aerzte die Desinfectionen selbst in die Hand zu nehmen und zu leiten. Ferner werden in grossen Mengen „Cholera-Vorbeugungsmittel" gratis an Bedürftige vertheilt; dieselben bestehen aus je 1 Glas Salzsäure, Ricinusöl und Choleratropfen nebst ausführlicher Gebrauchsanweisung und Verhaltungsmaassregeln. J.

— Gegenüber der Bestimmtheit, mit welcher von Koch die Ursache des Choleraausbruches in Hamburg auf Infection des Trinkwassers durch Cholera-Dejectionen russischer Auswanderer zurückgeführt wird, obwohl unter diesen Cholerafälle gar nicht vorgekommen waren, sind einige Betrachtungen von Interesse, die ein so gründlicher Kenner der epidemiologischen Verhältnisse Hamburgs wie Dr. Reincke in No. 36 der Berl. klin. W. anstellt. Nachdem derselbe die Unzulänglichkeit des Hamburger Trinkwassers sowie die Möglichkeit einer Verunreinigung desselben durch Fäkalien zugegeben, führt er aus, dass der Gang der Dinge doch deutlich gezeigt habe, „dass man mit dem Wasser allein den Epidemieverlauf kaum erklären kann. Denn die örtliche Vertheilung ist eine ganz ungleichmässige geworden und eine höchst charakteristische. Ganz vorwiegend befallen sind nämlich der Hafen, seine Nachbarschaft und die daran grenzenden, auf der Marsch belegenen Theile der Stadt. Vor allem Rothenburgsort, der Billwärder Ausschlag, der Hammerbrook, der Südentheil der Altstadt. Ja es ist Grund zur Annahme, dass sehr viele Erkrankungen in den Geestgebieten der Stadt auf Infectionen im Hafen zurückzuführen sind. Leider ist es in dem grossen Drange

[1] Das Kaiserliche Gesundheitsamt in Berlin ist freilich anderer Meinung. Nach ihm soll die Seuche durch russische Auswanderer verschleppt sein und zwar in der Weise, dass aus dem oben erwähnten Asyl Schmutzwässer, die von der Reinigung der Wäsche etc. herrührten, sowie die Fäkalien der Auswanderer undesinficirt in die Elbe gelangten. Dieser Meinung wenigstens sind Prof. Koch und Regierungsrath Rahts. Dabei bleibt uns unverständlich, warum die Auswanderer selbst vor dem 29. nicht erkrankt waren.

nicht möglich gewesen, jeden einzelnen Kranken zu fragen, wo er Tags über arbeitet. Aber wo der Hafen doch den Mittelpunkt der ganzen Existenz unserer Stadt bildet, liegt es auf der Hand, wie unendlich viele Menschen Tags über dort zusammenströmen, die an entfernten Stellen wohnen. Wo nachgefragt ist, hat auch sehr oft die Spur auf den Hafen geführt. Und so ist es nicht nur in dieser Epidemie, sondern so ist es auch in allen früheren Epidemien gewesen, namentlich auch 1873. Damals erkrankten in der inneren Stadt und den Vorstädten 2—5 pro mille, in den Geestgebieten 2,5 pro mille, in den Marschgebieten 15,2 pro mille und verhältnissmässig sehr viele auf den Schiffen. Es sind also die Stadtteile, welche auf einen mit organischen Massen erfüllten Boden erbaut sind, ganz hervorragend befallen, und zwar zu einer Zeit aussergewöhnlicher Hitze und Dürre, niedrigen Elbwasserstandes und sinkenden Grundwasserstandes. (An einem unserer Bohrlöcher ist das Grundwasser seit Ende Juni um 45 cm gefallen.) Es sind also auch alle zeitlichen und örtlichen Dispositionen von Pettenkofer erfüllt. Wie die Thatsachen zu erklären sind, lasse ich dahingestellt."

Der herrschenden exclusiv contagionistischen Strömung gegenüber verdient auch die nachstehende Aeusserung des Breslauer Klinikers Prof. Rosenbach Beachtung (ibid.): „Noch ein Mittel möchte ich empfehlen, das aber leider nicht aus der Apotheke zu verschreiben ist, nämlich die Ueberzeugung, dass die Cholera keine ansteckende Krankheit ist und dass der Kranke seine Umgebung nicht gefährdet, oder mit anderen Worten, dass man an einem Orte, wo die Epidemie herrscht, in der Umgebung eines Kranken nicht mehr gefährdet ist als an einer anderen Stelle. Würde diese Ueberzeugung sich Bahn brechen, dann würden sich wohl die Desinfectionsmaassregeln erübrigen, die doch nur den Kranken als die einzige Ursache der Erkrankung Anderer hinstellen und somit nothwendiger Weise das Mitgefühl für den Leidenden im Interesse der Selbsterhaltung zurückdrängen müssen. Nicht der Kranke ist der Herd des Uebels, sondern die leider noch immer nicht bekannten Verhältnisse unserer Umgebung, des Klimas und des Bodens, die einen Ort und einen Erdtheil zur Choleralocalität gestalten und den menschlichen Organismus schliesslich unfähig machen, unter den ungünstigen Bedingungen seine Function normal zu erhalten."

— Von deutschen Städten über 40,000 Einwohner hatten in der 33. Jahreswoche, vom 14.—20. August 1892, die grösste Sterblichkeit Liegnitz mit 49,8, die geringste Sterblichkeit Bielefeld mit 12,5 Todesfällen pro Jahr und 1000 Einwohner. Mehr als ein Zehntel aller Gestorbenen verstarb an Unterleibstyphus in Bochum, an Masern in Posen, an Scharlach in Zwickau, an Diphtherie und Croup in Bremen, Posen, Remscheid.

(Universitäts-Nachrichten.) **Jena.** Dr. med. Adolf Witzel, bisher Zahnarzt in Essen a. d. Ruhr, hat sich als Docent für Zahnheilkunde an der hiesigen Universität habilitirt und wird voraussichtlich noch in diesem Jahre die Leitung des neu errichteten zahnärztlichen Lehrinstitutes sowie der Poliklinik für Zahnkrankheiten übernehmen.

**Bern.** Privatdoc. Dr. Edmund Lesser in Leipzig ist zum ausserordentlichen Professor in Bern und Director der dortigen Klinik für Hautkrankheiten ernannt worden. — **Innsbruck.** Privatdoc. Dr. P. Dittrich-Wien ist zum ausserordentlichen Professor für gerichtliche Medicin in Innsbruck ernannt.

(Todesfall.) In London starb am 31. August der Professor der Chirurgie an der Universität Glasgow, Sir George Macleod. Bei der Belagerung von Sebastopol war er Leiter eines der Haupthospitäler.

## Morbiditätsstatistik d. Infectionskrankheiten für München

in der 34. Jahreswoche vom 21. bis 27. August 1892.

Betheil. Aerzte 345. — Brechdurchfall 227 (172*), Diphtherie, Croup 37 (28), Erysipelas 9 (9), Intermittens, Neuralgia interm. 2 (2), Kindbettfieber 1 (—), Meningitis cerebrospin. —(—), Morbilli 11 (11), Ophthalmo-Blennorrhoea neonatorum 8 (6), Parotitis epidemica —(1), Pneumonia crouposa 5 (10), Pyaemie, Septicaemie 1 (—), Rheumatismus art. ac. 22 (27), Ruhr (dysenteria) 3 (—), Scarlatina 6 (5), Tussis convulsiva 13 (14), Typhus abdominalis 1 (2), Varicellen 5 (5), Variola — (—). Summa 351 (292). Medicinalrath Dr. Aub.

## Uebersicht der Sterbfälle in München

während der 34. Jahreswoche vom 21. bis 27. August 1892.

**Bevölkerungszahl 366,000.**

**Todesursachen:** Pocken — (—*), Masern — (1), Scharlach 2 (1), Rothlauf — (—), Diphtherie und Croup 4 (4), Keuchhusten 1 (3), Unterleibstyphus 1 (—), Brechdurchfall 24 (20), Ruhr — (—), Kindbettfieber — (—), Croupöse Lungenentzündung 2 (1), Genickkrampf 1 (—), Blutvergiftung — (—), Acut. Gelenkrheumatismus — (—), andere übertragbare Krankheiten 1 (1).

Die Gesammtzahl der Sterbefälle 199 (213), der Tagesdurchschnitt 28.4 (30,4). Verhältnisszahl auf das Jahr und 1000 Einwohner im Allgemeinen 28.3 (30.3), für die über dem 1. Lebensjahre stehende Bevölkerung 13.4 (14.5), für die über dem 5. Lebensjahre stehende 11.5 (12.8).

*) Die eingeklammerten Zahlen bedeuten die Fälle der Vorwoche.

## Morbiditätsstatistik der Infectionskrankheiten in Bayern: Juni [1]) und Juli 1892.

| Regierungs-bezirke bezw. Städte über 30000 Einwohner | Brechdurchfall | | Diphtherie, Croup | | Erysipelas | | Intermittens, Neuralgia int. | | Kindbettfieber | | Meningitis cerebrospin. | | Morbilli | | Ophthalmo-Blennorrh. neonator. | | Parotitis epidemica | | Pneumonia crouposa | | Pyaemie, Septicaemie | | Rheumatismus art. ac. | | Ruhr (dysenteria) | | Scarlatina | | Tussis convulsiva | | Typhus abdominalis | | Varicellen | | Variola, Variolois | | Zahl der Aerzte überhaupt | Zahl der betheilig. Aerzte |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Juni | Juli | J. | Juli | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | Juni | Juli | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | Juni | Juli | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | J. | | Juli |
| Oberbayern | 605 | 793 | 300 | 283 | 124 | 85 | 42 | 43 | 17 | 17 | 7 | 3 | 1269 | 433 | 33 | 30 | 27 | 22 | 221 | 141 | 2 | 6 | 223 | 164 | 3 | 15 | 144 | 100 | 160 | 148 | 17 | 10 | 51 | 55 | — | — | 652 | 461 |
| Niederbay. | 163 | 221 | 99 | 58 | 34 | 40 | 27 | 21 | 5 | 7 | 1 | 3 | 34 | 101 | — | 9 | 8 | 10 | 153 | 95 | 1 | 3 | 95 | 57 | 1 | 5 | 86 | 103 | 73 | 47 | 23 | 30 | 20 | 10 | 1 | — | 159 | 77 |
| Pfalz | 256 | 333 | 128 | 105 | 44 | 31 | 15 | 9 | 7 | 10 | 3 | 2 | 138 | 89 | 2 | 1 | 4 | 1 | 213 | 129 | 1 | 1 | 61 | 28 | 3 | 2 | 31 | 17 | 81 | 66 | 31 | 44 | 31 | 9 | — | — | 221 | 95 |
| Oberpfalz | 103 | 137 | 47 | 36 | 32 | 26 | 19 | 15 | 3 | 3 | — | 1 | 96 | 72 | 1 | — | 11 | 5 | 143 | 105 | — | — | 44 | 31 | — | — | 4 | 6 | 50 | 64 | 14 | 21 | 7 | 17 | — | 1 | 119 | 53 |
| Oberfrank. | 134 | 146 | 118 | 112 | 51 | 42 | 14 | 8 | 7 | 7 | 2 | 2 | 68 | 33 | 2 | 4 | 25 | 16 | 204 | 135 | 1 | — | 49 | 51 | 2 | 1 | 63 | 76 | 39 | 67 | 14 | 13 | 14 | 12 | — | 1 | 164 | 91 |
| Mittelfrk. | 208 | 257 | 199 | 122 | 68 | 40 | 24 | 11 | 4 | 2 | — | 6 | 821 | 73 | 8 | 11 | 30 | 15 | 257 | 146 | 7 | 1 | 120 | 57 | 2 | 2 | 82 | 11 | 73 | 51 | 15 | 15 | 37 | 6 | — | — | 274 | 99 |
| Unterfrank. | 93 | 139 | 107 | 68 | 34 | 28 | 2 | 1 | 3 | 1 | 5 | 1 | 33 | 121 | — | — | 4 | 4 | 140 | 79 | 2 | — | 58 | 20 | 1 | 2 | 20 | 5 | 39 | 43 | 9 | 11 | 11 | 2 | — | — | 258 | 106 |
| Schwaben | 190 | 296 | 131 | 152 | 70 | 63 | 20 | 23 | 3 | 12 | 2 | 2 | 18 | 16 | 11 | 4 | 24 | 5 | 171 | 102 | 6 | 5 | 104 | 64 | 2 | 5 | 31 | 29 | 159 | 131 | 19 | 9 | 11 | 21 | — | — | 253 | 105 |
| Summe | 1752 | 2322 | 1129 | 936 | 457 | 355 | 163 | 131 | 49 | 59 | 20 | 20 | 2477 | 938 | 57 | 59 | 133 | 78 | 1502 | 932 | 20 | 16 | 754 | 472 | 14 | 32 | 461 | 347 | 674 | 617 | 142 | 153 | 182 | 132 | 1 | 2 | 2100 | 1087 [2]) |
| Augsburg | 1 | 2 | 8 | — | 4 | 1 | 1 | 1 | — | — | — | — | 6 | 4 | 6 | — | — | — | 6 | 1 | 1 | — | 13 | 2 | — | — | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — | — | 55 | 4 |
| Bamberg | 23 | 26 | 17 | 12 | 12 | 5 | 4 | 3 | 1 | 1 | — | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | — | 2 | 14 | 12 | — | — | 8 | 8 | 1 | — | 6 | 3 | 6 | 18 | 6 | 8 | 4 | 2 | — | — | 32 | 14 |
| Fürth | 27 | 38 | 17 | 28 | 8 | 5 | 1 | 1 | — | — | — | 2 | 4 | 4 | 2 | 3 | 6 | — | 20 | 17 | 3 | — | 13 | 6 | — | 1 | — | — | 17 | 10 | 2 | 5 | 5 | 1 | — | — | 24 | 6 |
| Kaiserslaut. | 16 | 10 | 17 | 15 | 2 | — | 2 | — | 2 | 2 | — | — | 1 | 1 | — | — | — | 2 | 3 | 7 | — | — | 3 | 5 | — | — | — | — | 9 | — | — | — | — | — | — | — | 15 | 6 |
| München [3]) | 278 | 306 | 174 | 152 | 74 | 33 | 7 | 6 | 9 | 13 | 3 | 1 | 999 | 250 | 23 | 20 | 14 | 4 | 59 | 35 | — | 3 | 112 | 65 | — | — | 68 | 45 | 92 | 74 | 8 | 4 | 35 | 24 | — | — | 379 | 345 |
| Nürnberg | 50 | . | 68 | . | 18 | . | 6 | . | 2 | . | — | . | 562 | . | — | . | 10 | . | 30 | . | — | . | 38 | . | — | . | 29 | . | 9 | . | 3 | . | 15 | . | — | . | 91 | . |
| Regensbg. | 7 | 2 | 3 | 1 | 2 | — | — | — | — | — | — | — | 2 | — | — | — | — | — | 3 | — | — | — | 2 | — | — | — | 1 | — | 2 | 2 | 1 | — | 2 | — | — | — | 32 | 1 |
| Würzburg | 24 | 31 | 13 | 14 | 12 | 3 | 1 | — | 1 | — | 1 | — | 9 | 46 | — | — | — | 1 | 21 | 4 | 1 | — | 11 | 5 | — | — | 12 | 2 | 9 | 16 | 1 | 3 | 2 | — | — | — | 72 | 24 |

**Bevölkerungszahlen:** Oberbayern 1,003,160. Niederbayern 664,798. Pfalz 728,339. Oberpfalz 537,954. Oberfranken 573,320. Mittelfranken 700,606. Unterfranken 618,489, Schwaben 668,316. — Augsburg 75,629. Bamberg 35,815. Fürth 43,206. Kaiserslautern 37,047. München 350,594. Nürnberg 142,590. Regensburg (mit Stadtamhof) 41,616. Würzburg 61,039.

[1]) Einschliesslich einiger seit der letzten Veröffentlichung (Nr. 31) eingelaufener Nachträge. [2]) Im Monat Juni einschl. der Nachträge 1260. [3]) 22.—26. bzw. 27.—30. Jahreswoche. — Für das Berichtsmonat fehlen noch die Nachweise der Bezirksämter Grafenau, Kötzting, Straubing, Regensburg, Hersbruck, Scheinfeld und Königshofen, sowie von Stadt Nürnberg und Regensburg.

Höhere Erkrankungszahlen (ausser in obigen 8 Städten) werden gemeldet aus folgenden Aemtern bezw. Orten: Brechdurchfall: Bezirksämter München II. und Pfaffenhofen je 48, Bez.-Amt Traunstein 41, ärztlicher Bezirk Miesbach 38, Bezirksämter Ludwigshafen, Pirmasens und Zweibrücken 42, bezw. 49 und 47, Bezirksämter Ansbach und Schwabach 47 bezw. 49, Bez-Amt Memmingen 66 Fälle. — Diphtherie: Bez.-Amt Traunstein 31, Bez.-Amt Ansbach 28, Bez.-Amt Memmingen 56 Fälle. — Morbilli: Bez.-Amt Erding 46, Bez.-Amt Schrobenhausen 40 (Epidemie im Hauptort, meist ohne ärztliche Behandlung); Bez.-Amt Kelheim 44 (hievon 35 in Abbach), epidemisch in einem Orte des Bez.-Amtes Geiselhöring in gutartiger Form; Epidemie im Bez.-Amt Wolfstein, 27 Fälle bekannt; Bez.-Amt Frankenthal 56, Bez.-Amt Neustadt a. W-N. 36: epidemisch im Bez.-Amt Hassfurt 34; zahlreich, jedoch in gutartiger Form in Binsbach (Karlstadt); ärztlicher Bezirk Niederwerrn (Schweinfurt) 30 Fälle. — Scarlatina: Bez-Amt Wolfstein 42, Bez.-Amt Rehau 25, Bez.-Amt Wunsiedel 37, Bez.-Amt Krumbach 22 Fälle. — Tussis convuls.: Bez.-Amt Kirchheimbolanden 32; Epidemie in Nordhalben (Teuschnitz) ca. 150 Kinder erkrankt, ohne ärztliche Behandlung; Stadt Memmingen 22, Bez.-Amt Oberdorf 41 Fälle (hier heftige Epidemie in Obergünzburg, Schulschluss). — Typhus abdom.: 7 bezw. 3 Fälle in 2 Orten des Bez.-Amtes Mallersdorf, Bez.-Amt Homburg 12, Bez.-Amt Amberg 13 Fälle. — Variola: Aerztlicher Bezirk Waldmünchen 1 Fall; Variolois 1 Fall im Bez,-Amt Münchberg.

☛ Portofreie Postkartenformulare für vorliegende Statistik sind durch die zuständigen Herren k. Bezirksärzte zu erhalten. Im Interesse der vorliegenden Statistik wird um rechtzeitige und regelmässige Einsendung dringendst ersucht.

Verlag von J. F. Lehmann in München. — Druck der Akademischen Buchdruckerei von F. Straub in München.